

**Mestrado em Enfermagem  
de Saúde Materna e Obstetrícia**

Dissertação de Natureza Científica

**Interrupção Voluntária de Gravidez:  
o porquê desta escolha...**

**Sara Elisabete Cavaco Palma**

**Lisboa**

**2017**



**Mestrado em Enfermagem**  
**de Saúde Materna e Obstetrícia**

Dissertação de Natureza Científica

**Interrupção Voluntária de Gravidez:**  
**o porquê desta escolha...**


**Sara Elisabete Cavaco Palma**

Orientador: Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente  
Presado

**Lisboa**

**2017**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho à memória do meu Pai Manuel. Homem de poucas palavras, com grande serenidade, equilíbrio e justiça, mas que com o seu olhar, doce, nos transmitia tudo.

À minha Mãe Rosa por me ter ensinado o poder da palavra resiliência, ao longo de todos estes anos e por ter sempre acreditado em mim.

À minha querida filha Carolina, pelo amor incondicional e pela compreensão na falta de momentos de brincadeira.

A todas as mulheres e homens que dedicaram as suas vidas por a causa que está a ser tratada neste estudo.

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora Doutora Maria Helena de Carvalho Valente Presado pela orientação e amizade.

À ESEL pela receptividade demonstrada para comigo ao longo deste percurso.

Ao HGO, EPE pela disponibilidade em permitir a realização deste estudo.

Ao meu marido Rui, à minha filha Carolina e à minha mãe Rosa, pela disponibilidade e apoio incondicional.

Aos meus amigos, Beta, Miguel, Célia, Vanda, Mário, Cila, Sílvia e Teresa pela ajuda certa no momento certo.

Ao João pelo seu altruísmo. Sem a sua ajuda teria sido complicado.

Às minhas colegas de trabalho pelo apoio demonstrado.

Às mulheres que se disponibilizaram a participar neste estudo.

A todos aqueles que me ajudaram neste percurso direta ou indiretamente e me fizeram acreditar quando julguei ser difícil.

Muito Obrigada

## **LISTA DE SIGLAS**

**a.c.** – Antes de Cristo

**DGS** – Direção Geral de Saúde

**ESEL** – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

**EEESMO** – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia

**GND** – Gravidez Não Desejada

**HGO, EPE** – Hospital Garcia de Orta, Entidade Pública Empresarial

**IG** – Idade Gestacional

**IVG** – Interrupção Voluntária da Gravidez

**OE** – Ordem dos Enfermeiros

**OMS** – Organização Mundial de Saúde

**ONU** – Organização das Nações Unidas

**PF** – Planeamento Familiar

**PPST** – Perturbação Pós Stress Traumático

**SNS** – Sistema Nacional de Saúde

**SPC** – Sociedade Portuguesa de Contraceção

**SPG** – Sociedade Portuguesa de Ginecologia

**UCSP** – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

**USF** – Unidade de Saúde Familiar

## RESUMO

A IVG é um problema sério e transversal às diferentes classes sociais, económicas e culturais com implicações para a saúde pública e em particular para a saúde da mulher. Uma mulher em processo de IVG vive várias transições que se pretende serem passadas de forma equilibrada e ajustada, pois de outra forma as repercussões na sua qualidade de vida, podem ser severas.

Este estudo tem como objetivo compreender as vivências das mulheres em processo de IVG. Desenvolveu-se uma investigação de natureza qualitativa, do tipo descritivo, tendo como questão de investigação: *“Quais as vivências das mulheres em processo de Interrupção Voluntária de Gravidez?”*. Como instrumento de colheita de dados privilegiou-se a entrevista semiestruturada, realizada a vinte e cinco mulheres, que obedeceram aos critérios de inclusão delineados. As participantes foram entrevistadas no dia da consulta de GND, do HGO, EPE em Almada.

Os resultados mostraram que os motivos apontados pelas mulheres prendem-se com aspetos de natureza socioeconómica, ausência de projeto de maternidade e pouca literacia em saúde, concluímos que independentemente das razões indicadas, a falha da contraceção é maioritariamente o que está na origem da procura da IVG. Das vivências experienciadas, sobressaem os sentimentos de culpa, vergonha, ambivalência, medo, angustia/ansiedade, receio do castigo divino, repressão dos sentimentos e pensamentos sobre a IVG e a vontade em retomar as suas vidas. Consideram o companheiro/marido e a família alguém em quem confiam que estão grávidas, mas revelam sentir falta de apoio, vivenciando todo o processo da IVG sozinhas.

Salientamos a importância do trabalho conjunto entre os cuidados de saúde primários, os hospitalares, e a comunidade ao nível da prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, contraceção, adesão terapêutica, investimento na formação dos EEESMO, de forma a estarem mais habilitados a intervir junto destas mulheres para garantirem uma transição ajustada e encontrar estratégias junto das entidades responsáveis para que exista uma resposta adequada nas unidades de saúde na acessibilidade a todos os métodos contraceptivos de forma gratuita.

**Palavras-chave:** Contraceção, Interrupção Voluntária da Gravidez, Vivências, Motivos.

## **ABSTRACT**

The Voluntary Interruption of Pregnancy is a serious and transversal problem to the different social, economic and cultural classes with implications for public health and in particular for women's health. A woman in the process of VIP, lives several transitions that are intended to be passed in a balanced and adjusted, otherwise the repercussions on their quality of life can be severe.

This study aims to understand the experiences of women in the IVG process. An investigation of a qualitative nature, of the descriptive type, was developed, having as research question: "What are the experiences of women in the process of Voluntary Interruption of Pregnancy?". As a data collection instrument, a semi-structured interview was conducted with twenty-five women, who obeyed the inclusion criteria outlined. Participants were interviewed on the day of consultation of GND, from HGO, PBE in Almada.

The results showed that the reasons pointed out by the women are related to aspects of socioeconomic nature, absence of maternity project and little health literacy, we conclude that regardless of the reasons indicated, the failure of contraception is mostly the source of demand for VIP. From experiences experienced, feelings of guilt, shame, ambivalence, fear, anguish/anxiety, fear of divine punishment, repression of feelings and thoughts about VIP and the will to resume their lives stands out. They consider the partner/husband and family someone they trust they are pregnant with, but they show a lack of support, experiencing the entire IVG process alone.

We emphasize the importance of joint work between health center, hospital and community on the prevention of sexually transmitted infections, contraception, therapeutic adherence, investment in the formation of midwife, so as to be more able to intervene with these women to ensure an adjusted transition and to find strategies for the responsible entities so that there is an adequate response in the health units a the accessibility of all contraceptive methods, free of charge.

**Keywords:** Contraception, Voluntary Interruption of Pregnancy, Experiences, Reasons.

## **ÍNDICE**

<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>1</b>
<b>1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....</b>	<b>4</b>
<b>1.1. Interrupção Voluntária de Gravidez .....</b>	<b>4</b>
1.1.1. Contextualização Histórica da Interrupção de Gravidez no Mundo e em Portugal .....	5
1.1.2. Enquadramento Legal em Portugal.....	7
<b>1.2. Vivências da Mulher Face à Interrupção Voluntária de Gravidez .....</b>	<b>8</b>
<b>1.3. Motivos Subjacentes à Procura da Interrupção Voluntária de Gravidez..</b>	<b>10</b>
<b>1.4. O Cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.....</b>	<b>11</b>
<b>2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS .....</b>	<b>16</b>
<b>2.1. Tipo de Estudo e Método de Investigação .....</b>	<b>17</b>
<b>2.2. Participantes do Estudo .....</b>	<b>18</b>
<b>2.3. Instrumento de Colheita de Dados .....</b>	<b>19</b>
<b>2.4. Análise de Dados .....</b>	<b>20</b>
<b>2.5. Considerações Éticas .....</b>	<b>21</b>
<b>3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>23</b>
<b>3.1. Caracterização dos Participantes .....</b>	<b>23</b>
<b>3.2. Vivências da Mulher perante uma Interrupção Voluntária da Gravidez ...</b>	<b>27</b>
3.2.1. Motivações (causas) que Poderão Conduzir a Mulher a uma Interrupção Voluntária da Gravidez.....	28
3.2.2. Sentimentos Subjacentes à Realização da Interrupção Voluntária da Gravidez .....	31



<b>3.3. Suporte Social Percebido/Obtido .....</b>	<b>35</b>
<b>4. CONCLUSÃO .....</b>	<b>38</b>
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>42</b>

## **ANEXOS**

**Anexo I. Autorização para a realização do estudo no HGO, EPE**

## **APÊNDICES**

**Apêndice I. Cronograma**

**Apêndice II. Guião de Entrevista**

**Apêndice III. Informação Relativa ao Estudo**

**Apêndice IV. Consentimento Informado**

**Apêndice V. Análise de Conteúdo**

## **ÍNDICE DE GRÁFICOS**

Gráfico 1. Caracterização das Participantes Quanto à Idade e Nacionalidade.....	23
Gráfico 2. Caracterização das Participantes Quanto ao Estado Civil. ....	24
Gráfico 3. Caracterização das Participantes Quanto à Religião. ....	24
Gráfico 4. Caracterização das Participantes Quanto ao Nível de Instrução. ....	25
Gráfico 5. Distribuição das Participantes quanto ao Número de Filhos e de IVG Anteriores.	25
Gráfico 6. Conhecimentos das Participantes Sobre Métodos Contracetivos. ....	26
Gráfico 7. Fonte de Informação Sobre Métodos Contracetivos. ....	27

## **ÍNDICE DE QUADROS**

Quadro 1. Categorias e Subcategorias Emergentes das Entrevistas às Mulheres Incluídas no Estudo. ....	27
Quadro 2. Subcategorias e Indicadores Emergentes da Categoria “Motivos (causas) que Poderão Conduzir a Mulher a uma IVG. ....	28
Quadro 3. Subcategorias e Indicadores Emergentes da Categoria “Sentimentos Subjacentes à Realização da IVG” .....	31
Quadro 4. Subcategorias e Indicadores Emergentes da Categoria “Suporte Social Percebido - Obtido” .....	36

## **INTRODUÇÃO**

A saúde reprodutiva implica que as pessoas possam ter uma vida sexual satisfatória e segura e que consigam decidir sobre a sua capacidade de reproduzir-se quando e o número de vezes que pretendem. Para isso, é necessário que estejam devidamente informadas sobre planeamento familiar e contraceção eficaz, acessibilidade de cuidados e a serviços de saúde com respostas adequadas (Direção Geral de Saúde - DGS, 2001).

O aborto é um problema sério para as mulheres e sociedade com consequências em termos de saúde pública. Sedgh et al. (2016), verificou que mundialmente, oitenta milhões de gravidezes, não são desejadas, conciliando com quarenta e cinco milhões de abortos voluntários. Destes, dezanove milhões são efetuados sem a presença de um profissional de saúde, coincidindo com sessenta e oito mil mortes por ano. Estima-se que cinco milhões de mulheres passam a sofrer de disfunções físicas e/ou mentais resultado de complicações decorrentes de um aborto voluntário realizado de forma insegura.

A OMS (1977), define aborto como a interrupção da gravidez antes da viabilidade do produto da concepção, correspondendo à sua expulsão até às 20-22 semanas completas de gravidez e/ou 500g.

O início da gravidez traz consigo sentimentos de ambivalência relativos à maternidade e à sua vida futura (sentimentos de ganhos e perdas), além das grandes mudanças e novas adaptações (Maldonado, 1997). Neste contexto, surge a ideia da maternidade como a realização de toda a mulher em relação oposta a uma gravidez não desejada, não planeada e todas as outras razões concomitantes para que a mulher pondere e deseje interromper a gravidez. O aborto, seja ele espontâneo ou induzido, acarreta repercussões emocionais, físicas e também sociais, um acontecimento de elevado significado com reflexos para a vida futura da mulher, uma experiência única e singular (Borsari, 2012).

Nas últimas décadas tem-se verificado um progresso significativo da ciência o que possibilita a melhoria das condições de saúde da população, essa evolução traduz-se, ao nível da saúde materna e obstétrica em melhores indicadores de morbilidade e mortalidade materno-infantil e embora exista um grande avanço ao

nível do planeamento familiar, da eficácia dos métodos contraceptivos e da sua acessibilidade continua a haver gravidezes não desejadas (Chade, 2016).

A interrupção voluntária da gravidez (IVG) tem merecido destaque ao longo dos tempos e envolve questões controversas, nomeadamente sobre o estatuto do feto, circundando disciplinas de diferentes áreas do conhecimento como a política, o direito, a religião, a ética e os direitos humanos.

Após o 25 de Abril de 1974, surgiram movimentos a nível nacional com o intuito de promover o debate sobre o aborto, fazendo com que as mulheres fossem ouvidas, no seu direito à escolha de querer ou não prosseguir uma gravidez não desejada, sem serem punidas por esse ato. Só em 2007, com a Lei 16/2007 de 17 de abril é que se despenaliza a interrupção da gravidez por opção da mulher nas primeiras 10 semanas completas de gravidez.

A interrupção voluntária da gravidez processa-se em três momentos distintos conforme consta nos art.º 17, 18º e 19º da Lei 16/2007.

Como EEESMO (Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) a exercer funções na consulta de Alto Risco de Obstetrícia num Hospital Central da Região de Lisboa e Vale do Tejo, onde existe uma consulta de IVG (denominada Gravidez Não Desejada – GND), constata-mos, através da partilha de experiências entre a equipa de Enfermagem/Médica, da nossa observação e no exercício das nossas funções, que, e embora muito já tenha sido feito, existe ainda um longo caminho a percorrer, nomeadamente ao nível da saúde reprodutiva e planeamento familiar, nas relações de género, no aumento da literacia em saúde e no *empowerment* da mulher com vista à tomada de decisão sobre o seu projeto de saúde, para que a IVG não se traduza na única hipótese destas mulheres.

Neste sentido, surge como questão de investigação: ***“Quais as vivências das mulheres em processo de Interrupção Voluntária de Gravidez?”***

Definimos como Objetivo Geral, compreender as vivências das mulheres em processo de IVG e como objetivos específicos:

- 1- Descrever as características biológicas, sociodemográficas e reprodutivas,
- 2- Averiguar os conhecimentos sobre contraceção,
- 3- Analisar as motivações que conduzem à IVG,
- 4- Discriminar as emoções subjacentes à IVG,
- 5- Identificar o suporte social das mulheres que recorreram à IVG.

O trabalho encontra-se estruturado da seguinte forma: Enquadramento Conceptual, Procedimentos Metodológicos, Apresentação, Análise e Discussão dos Resultados e Conclusão.

No enquadramento conceptual abordamos os pontos que fundamentam a nossa temática de acordo com a evidência existente guiando-nos pelo quadro conceptual de Afaf Meleis.

No capítulo dos procedimentos metodológicos, abordamos a problemática, os objetivos do estudo, as opções metodológicas, o instrumento de recolha de dados, o processo de tratamento de dados e a caracterização dos sujeitos de investigação, que nos pareceram mais adequados para o estudo, tendo em linha de pensamento os recursos necessários.

Procedemos à apresentação, análise e discussão dos dados recolhidos, com fundamentação na evidência científica existente/encontrada.

Na conclusão destacamos as conclusões gerais do estudo, algumas limitações do trabalho realizado e apresentamos algumas sugestões.

## **1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL**

No enquadramento conceptual desta dissertação será apresentada a pesquisa realizada sobre a temática da IVG à luz dos diferentes autores. Neste capítulo iremos abordar conceitos inerentes à interrupção da gravidez, faremos uma breve abordagem histórica da mesma no mundo e em Portugal, o seu enquadramento legal, os motivos subjacentes à procura da IVG e o papel do EEESMO. Consideramos que estas temáticas nos ajudaram a enquadrar melhor na pesquisa em questão.

### **1.1. Interrupção Voluntária de Gravidez**

Para falarmos de IVG, importa clarificar alguns termos relacionados como sejam: gravidez, aborto, interrupção de gravidez e interrupção voluntária de gravidez.

Verificamos que existe consenso entre as definições encontradas, relativamente ao termo de gravidez. Para Carlson (1999), a gravidez é o resultado da reprodução humana e tem uma duração de aproximadamente 40 semanas, durante o qual se promove o desenvolvimento embrionário e posteriormente o fetal até ao seu término. Braden (2000), corrobora referindo que a gravidez é o período que vai desde a fecundação até ao nascimento, tendo uma duração média de 40 semanas.

Aborto, pode ser definido como “a perda involuntária do conteúdo uterino ou interrupção da gravidez, antes das 24 semanas de gestação” (O’Reilly et al., 2005, p. 199), sendo algo definitivo e irreversível. Mayor (2016, p. 266), diz-nos que aborto “refere-se ao fim de uma gravidez antes da idade gestacional (IG) que permita a viabilidade fetal – considerada por vários autores entre as 20 e as 24 semanas de IG - qualquer que seja a sua causa”.

A interrupção da gravidez, tal como o nome indica visa, suspender a gravidez de forma voluntária, médica ou espontânea (Santos, 2016).

A interrupção voluntária da gravidez, consiste no desejo da mulher terminar a gravidez não planeada e não desejada, de um embrião ou feto normal, sem que corra riscos de saúde (Sousa, 2016).

Para o nosso estudo pretendemos debruçar-nos, unicamente, sobre o aborto induzido, a pedido da mulher e dentro do enquadramento legal.

#### 1.1.1. Contextualização Histórica da Interrupção de Gravidez no Mundo e em Portugal

A história do aborto é tão antiga como a própria civilização, no entanto a sua abordagem tem sofrido alterações resultantes de influências científicas, éticas, religiosas, morais, jurídicas, sociais e políticas.

Os primeiros relatos encontrados sobre o aborto remetem-nos para 2737 e 2696 a.c, na China, onde eram fornecidos abortíferos orais às mulheres grávidas. Entre 1850 e 1550 a.c, os egípcios têm menções ao aborto e à contraceção com recurso a plantas. Mais tarde, os gregos e os romanos, consideraram o aborto como forma de controlar o crescimento populacional (Galeotti, 2007; Teodoro, 2007). Com o cristianismo, o aborto voluntário passa a ser condenado, embora não existam indicações claras nas escrituras sagradas sobre o assunto, conforme se poder ler no livro de Números 5:27-28 ao mencionar a hipótese de aborto em caso de o marido suspeitar de infidelidade por parte da mulher (Galeotti, 2007).

Com a revolução industrial, a partir do séc. XVIII e séc. XIX, existiu a necessidade de fomentar políticas natalistas para preencher os postos de trabalho e garantir o bom funcionamento das fábricas, aleadas às novas descobertas científicas, onde o feto passa a ser considerado uma entidade autónoma da mãe, trazendo repercussões sociais impostas pelo Estado em sintonia com a Igreja Católica promovendo regras morais e de conduta que condenavam o aborto, considerando-o um pecado capital (Gamanho, 2011; Cunhal, 1997).

Após a Primeira Guerra Mundial (séc. XX), devido ao número de mortes provocada pela guerra, emerge novamente a política natalista, que incentiva a necessidade de famílias numerosas, sendo o aborto visto como um crime contra a integridade, saúde das estirpes e punido com sanções extremamente severas. Em 1939, sob. a tutela do poder nazi, surge a “Lei para a Prevenção de Doenças Hereditárias para a Posteridade”, ao abrigo desta lei, admitia-se o aborto, não como forma de garantir os direitos da mulher ou feto, mas sim para aperfeiçoar a raça aariana, considerando necessário impedir que as mulheres de raça inferior tivessem



filhos (Alvarenga, 1994). Após a 2ª Guerra Mundial, e até à década de sessenta (séc. XX) as leis sobre o aborto eram muito restritivas e desde essa altura, foram surgindo novas leis com vista à descriminalização do aborto (Alvarenga, 1994).

Nos últimos 40 anos (séc. XX), a questão do aborto foi merecedora de debates ao nível político na sociedade ocidental, onde destacamos a europa. Dos anos 60 aos 80 do séc. XX, a questão do aborto foi surgindo mais como uma questão de mulheres, devido à evolução dos costumes sexuais e da posição da mulher na sociedade, havendo reformulação da legislação em vigor, com vista à descriminalização do aborto na europa central e ocidental e posteriormente alargando-se aos restantes países da europa (Torres, 2012 e Ganhamo, 2011). Atualmente só a Irlanda, a Polónia e a Malta têm leis que não permitem a prática do aborto a pedido da mulher.

Embora se verifique um grande avanço ao nível da despenalização da IVG, existem muitos países que ainda a proíbem. A revista médica *“The Lancet”* publicou em maio de 2016 um estudo, onde conclui que as restrições legais ao aborto não diminuem as suas taxas, mas sim aumentam a procura por procedimentos ilegais e inseguros ou mesmo a procura por respostas em outros países o que é caro e socialmente desigual. Conclui, ainda, que em países com leis restritivas, o número de abortos realizados é muito superior ao dos países favoráveis a esta prática e onde houve uma forte aposta no planeamento familiar (PF). Este estudo, comprova que, existe um aumento significativo de abortos em todo o mundo, sendo uma característica das sociedades pobres e dos países onde a lei é mais restritiva à prática do aborto voluntário e com pouco acesso aos métodos contraceptivos (Sedgh. et al, 2016). É por essa razão que os países da América do Sul são dos que registam os maiores números de abortos ilegais passando de 25% em 1990 para 34% em 2014 (Chade, 2016).

Em Portugal, devido ao seu passado de políticas restritivas e à sua ilegalidade, não existem dados precisos sobre o número de abortos realizados no início do séc. XX, mas acredita-se ser bastante elevado (Cunhal, 1997). Desde a introdução da despenalização da IVG em Portugal, em 2007, foram realizadas 133.089 interrupções, tendo tido o seu exponencial máximo em 2011, começando depois a diminuir até a atualidade (Campos, 2015).

Dados da DGS (2016), apontam para 15.873 IVG em Portugal em 2015, um número que tem vindo a diminuir, devido ao aumento da utilização de contraceção.

Entre 2001 e 2007 (período anterior à despenalização do aborto) e de acordo com a DGS (2009), registaram-se catorze mortes de mulheres relacionadas com o aborto. Em 2010, verificou-se uma morte, relacionada com o aborto legal e desde essa altura não se confirmou mais nenhuma (DGS, 2015).

### 1.1.2 Enquadramento Legal em Portugal

Durante o “estado novo”, o país viveu mergulhado em profunda miséria e ignorância, estando os direitos das mulheres delegado para um plano inferior, sendo incentivadas ao trabalho doméstico e claramente com direitos menores aos do homem. O planeamento e a contraceção eram proibidos em nome do regime político vigente e da religião (Monteiro, 2012).

Após o 25 de abril de 1974, as lutas pelos direitos de igualdade de género e a liberalização do aborto intensificaram-se, através de movimentos feministas, que procuraram inspiração noutros países. Mas só em 1984 é que surgiram as primeiras leis de Educação Sexual e Planeamento Familiar (Lei nº 3/84 de 4 de março). A Lei nº 6/84, veio permitir a IVG nos casos de perigo de vida para a mulher, lesão grave e duradoura para a saúde física e psíquica da mulher, em caso de malformação do feto, ou quando a gravidez fosse resultante de uma violação, mantendo-se Portugal com uma das políticas mais restritivas, relativamente ao aborto, da Europa (Monteiro, 2012). Esta lei sofre a sua primeira alteração em 1997 (Lei nº 90/97 de 30 de julho), com o alargamento do prazo para os casos de violação denominado, atualmente, por “crime contra a liberdade e autodeterminação sexual da mulher”.

Mesmo com as manifestações de protesto aos julgamentos das mulheres por prática de aborto ilegal, o não à despenalização ganhou por 51% dos votos, no referendo de 1998, com fortes influências de movimentos próvida (movimento que se definia a favor da vida e contra o aborto, apoiado pela igreja católica).

A realização de um novo referendo sobre a despenalização do aborto até às 10 semanas a pedido da mulher, ocorreu em 2007, onde a despenalização do aborto, obteve 59,2% (Gamanho, 2011 e Monteiro, 2012). Assim, a Lei nº 6/84 de 11 de maio foi revogada pela Lei nº 16/2007 de 17 de abril, que despenaliza a

interrupção da gravidez por opção da mulher nas primeiras 10 semanas completas de gravidez.

De acordo com os artigos 17º, 18º e 19º da Lei nº 16/2007, a IVG processa-se em três momentos. O primeiro corresponde à consulta prévia onde são pedidos exames para confirmação do tempo de gravidez e fornecimento de informações sobre o processo e esclarecimento de dúvidas, seguido de um período de reflexão (mínimo de 3 dias). Durante este período a mulher pode solicitar apoio psicológico e/ou técnico de serviço social. É necessário o seu consentimento livre e esclarecido ou do representante legal, em documento escrito (art.º 4º). O segundo momento consiste na realização do procedimento (IVG), que pode ser cirúrgico ou medicamentoso. Após a IVG, realiza-se a consulta médica de controle, num prazo máximo de quinze dias após o dia de procedimento, prescrito um método contraceptivo adequado e agendada uma consulta de saúde reprodutiva/PF.

## **1.2. Vivências da Mulher Face à Interrupção Voluntária de Gravidez**

Atualmente as mulheres têm um papel bastante ativo na sociedade, não só pelas variadíssimas profissões que desempenham, mas também pelas tarefas domésticas e interesses sociais. A vinda de um filho vai inevitavelmente provocar um certo número de alterações no seu quotidiano. Se por um lado pode haver o sentimento de felicidade por estar grávida, por outro surge o receio que a gravidez ponha em risco a vivência tanto a nível familiar, como social, económico e emocional tornando-se uma experiência não desejada. Nesta perspetiva surge o aborto voluntário, que desde tempos remotos e independentemente da sua legalidade tem vindo a ser praticado pelas mulheres em todo o mundo durante a sua vida reprodutiva, sujeitando-se às mais diversas práticas, muitas vezes, pondo a sua vida em risco. O fato da IVG, estar envolta em conceitos ético/morais torna difícil o acesso e a realização de estudos, pois circundam vivências do foro íntimo/privado, de difícil descrição por parte da mulher e com forte crítica social e moral. Para Sell (2013), as vivências emocionais das mulheres que realizam uma IVG, têm diferentes significados que podem ser de ordem moral, religiosa e social e são expressos consoante esses significados. Alguns estudos que abordam as vivências do aborto (Borsari, 2012; Cameron, 2010; Vieira et al., 2010; Major et al., 2009; Patrão, King e Almeida, 2008; Broen et al., 2005 e Brier, 2004), revelaram que os sentimentos

experimentados pelas mulheres são: culpa, tristeza, arrependimento, ansiedade, sensação de perda, medo, vergonha, angustia, depressão, isolamento social, rejeição e negação, mas também, alívio, felicidade, conforto, aceitação e libertação, opinião corroborada por Soares et al. (2012). Sell et al. (2013), chamam a atenção para o fato de muitas mulheres mencionarem o medo de serem julgadas pela sociedade e seus progenitores, menosprezadas pelos profissionais de saúde, castigadas por Deus, considerando o seu ato um pecado. Estes sentimentos levam-nas ao isolamento quer das redes de apoio familiar e social quer de saúde (Soares et al., 2012). Embora com menos evidência, surge a sensação de abandono, tensão, perda de fé, baixa autoestima, hostilidade, raiva, desespero, desamparo, mágoa, desejo de terminar a relação com o progenitor, perda de libido, incapacidade de perdoar, nervosismo, solidão e desejos de continuar com o seu projeto de vida (Sell et al., 2013).

As vivências psicológicas das mulheres face à IVG, resultantes de um aborto provocado são menores do que comparadas com o nascimento duma criança não desejada, por essa razão e embora existam mulheres que experienciem sentimentos de tristeza, de perda, outras sentem-se aliviadas, com bem-estar, sendo esta situação, vista como um evento de vida (Noya e Leal, 1998; Patrão, King e Almeida, 2008 e Ribeiro e Bolpato 2013).

O estudo levado a cabo por Missio e Falcão (2011), mostrou que os principais sentimentos manifestados pelas mulheres foram a tristeza, angustia, perda, mágoa, remorso e dor. As respostas emocionais estão relacionadas com fatores de ordem demográfica, sociocultural, antecedentes psicológicos, relação conjugal e a forma como é realizado o procedimento.

Major, Cozzarelli, Cooper e Zubeck (2000) revelaram que, um grupo de mulheres, embora pequeno, pode desenvolver respostas emocionais severas como a perturbação pós *stress* traumático (PPST) e que 72% estavam satisfeitas com a decisão da IVG.

O desejo ou não de querer a gravidez, a etiologia do aborto e a situação económica envolvente, não diminui a intensidade da dor e a sensação de perda (Missio e Falcão, 2011). Na revisão meta-analítica levada a cabo por Coleman (2011), indica-nos sentimentos associados ao desenvolvimento de perturbações psicopatológicas moderadas a graves.

Salientamos os estudos de Kubicka et al. (1995) e Myhrman et al. (1995). O primeiro estudo examinou cento e noventa indivíduos filhos de gravidezes indesejadas e os efeitos dos comportamentos emocionais após trinta anos comparando-os com o grupo controle. Os investigadores concluíram que, estas pessoas manifestaram, em média, comportamentos psicossociais menos favoráveis que o grupo controle. No segundo estudaram os resultados escolares dos filhos resultantes de gravidezes não desejadas e concluíram que apresentavam maior percentagem de insucesso escolar em relação ao grupo controle. Estudos desta natureza remetem-nos para pensamentos sobre as implicações que uma gravidez não desejada acarreta para a mulher e para os filhos, resultantes dessa gravidez.

### **1.3. Motivos Subjacentes à Procura da Interrupção Voluntária de Gravidez**

Após a consulta dos diferentes autores que se debruçaram sobre a temática em estudo, os motivos mais referidos para a procura da IVG são os fatores económicos, como a falta de emprego, restrições sobre os rendimentos auferidos (Chibber et al., 2013; Broen et al., 2004; Rouso et al., 2000 e Santelli et al., 2006), filhos suficientes (Broen et al., 2004), e não ser altura certa para ter filhos (Broen et al., 2004 e Santelli et al., 2006). Seguem-se os fatores sociais (Chibber et al 2013; Rouso et al., 2000), como a idade, a baixa escolaridade (Chibber et al., 2013), não querer ser mãe solteira (Chibber, 2013 e Santelli et al., 2006), relações instáveis e abusivas (Broen, 2004; Chibber et al., 2013 e Santelli et al., 2006), progenitores não desejarem assumir a paternidade ou não quererem ter filhos no momento (Broen, 2004; Chibber, et al., 2013), necessidade de se focar nos outros filhos (Broen, 2004), pressão do progenitor e de outros para interromper a gravidez, violência psicológica (Chibber, et al., 2013) e a influência da religião (Santelli, et al., 2006).

Chibber, et al. (2013), demonstram que embora um grande número de mulheres invoque (38%), razões ligadas aos companheiros para realizar uma IVG, alegam também variáveis de ordem económica.

Os motivos que levam as mulheres a realizar um aborto são os fatores socioeconómicos com dados que rondam os 90% (Rouso, et al., 2000), os sociais e os emocionais (Chibber, et al., 2013; Broen, et al., 2004; Rouso, et al., 2000 e Santelli, et al., 2006).

A Organização Mundial de Saúde acrescenta que aos motivos referidos, associam-se a falha dos métodos contraceptivos, a incapacidade em utilizar contraceção de modo eficaz, as gravidezes provenientes de relações sexuais forçadas, os motivos de saúde e mesmo uma gravidez desejada pode tornar-se indesejada, uma vez que as situações de vida da mulher podem mudar (OMS, 2013).

#### **1.4. O Cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica**

Os enfermeiros especialistas são os profissionais de saúde que estabelecem o primeiro contato com estas mulheres, promovendo uma relação de ajuda e um melhor ajustamento neste processo.

O EEESMO deve lidar com estes acontecimentos de vida demonstrando compreensão, suporte emocional, sensibilidade e empatia. Esta relação é a fonte que permite colher informação para apreciar a necessidade de cuidados, a ajuda a prestar (Collière, 1999).

Para muitas mulheres a gravidez não desejada é encarada como um problema de difícil solução e que acarreta dilemas na sua decisão. Segundo Wonder (2009) o luto experimentado por elas, deve ser abordado no acompanhamento realizado na consulta pré e pós-aborto, sendo dada possibilidade à mulher de poder expressar os seus sentimentos relativamente a este processo, uma vez que muitas delas encontram-se sozinhas tendo escondido a sua decisão receando o julgamento dos outros.

A mulher que recorre a uma IVG vê o seu processo de transição dificultado, compete ao EEESMO, ser facilitador no desenvolvimento das capacidades pessoais, na promoção de novas capacidades, tendo em conta as mudanças e necessidades que acompanham as transições de saúde e doença, desenvolvimento, situacional e organizacional. Assim, pode ajudá-la na construção do seu *empowerment* que, para Meleis (2010), consiste no controlo e mestria da sua vida, correspondendo a um estado de equilíbrio que ocorre quando a transição é feita de forma saudável. A autora defende que a passagem de um estado estável, uma condição ou um lugar para outro estado, aparentemente estável, corresponde a uma transição, desde que a mesma alteração corresponda a um processo adaptativo de sucesso e evolutivo,

envolto em uma complexa interação entre pessoa e ambiente de forma múltipla e simultânea. As transições, sejam elas de saúde-doença, situacionais, organizacionais ou de desenvolvimento, contribuem para um aumento da vulnerabilidade da pessoa (Meleis, 2010).

Quando uma mulher se confronta com a necessidade de recorrer a uma IVG passa por uma, duas ou todas as transições. O EEESMO tem a oportunidade de auxiliar a pessoa na gestão das transições, pois detém os conhecimentos necessários para tal e encontra-se numa posição que lhe permite perceber as diferenças que as transições transportam para o quotidiano da pessoa, da sua família e ainda as exigências acrescidas que daí resultam, sendo capaz de cuidados de qualidade, dando resposta aos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem emanados pela Ordem dos Enfermeiros (OE), quando refere que:

“... na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro previne complicações para a saúde dos clientes. (...) a identificação, tão rápida quanto possível, dos problemas potenciais do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem competência (de acordo com o seu mandato social), para prevenir, implementar e avaliar intervenções que contribuam para evitar esses mesmos problemas ou minimizar-lhes os efeitos indesejáveis” (OE, 2011, p. 15).

De acordo com o Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, devem ser desenvolvidas diversas intervenções no âmbito da interrupção da gravidez, descritas nas unidades de competência H2.1, H2.2 e H2.3. É definido que o EEESMO: “Promove a saúde da mulher durante o período pré-natal e em situações de abortamento”, “Diagnostica precocemente e previne complicações na saúde da mulher no período pré-natal e em situações de abortamento” e “Providencia cuidados à mulher e facilita a sua adaptação durante o período pré-natal e em situações de abortamento” (OE, 2011).

Nas intervenções aplicáveis ao contexto da IVG, o EEESMO: promove e desenvolve projetos de promoção da saúde da mulher, promove a decisão esclarecida no âmbito da IVG e orienta para recursos disponíveis, previne complicações pós-IVG e na sua ocorrência colabora no seu tratamento, desenvolve intervenções de apoio à mulher no período de luto pós-aborto e orienta sobre contraceção pós-aborto. O aborto é quase sempre uma decisão difícil, como

enfermeiros especialistas devemos criar espaços promotores de comunicação e de desenvolvimento da escuta ativa, onde a mulher possa falar sobre a sua situação num ambiente de confiança e apoio sem se sentir julgada. Assim, o grande objetivo será o estabelecimento de uma relação de ajuda, para que encontre mecanismos de ajuda e aconselhamento, recorrendo aos seus recursos onde incluímos a família, que “exerce um papel fundamental para estas mulheres, pois juntos enfrentam esse momento com maior segurança, conseguindo expressar os seus sentimentos, compartilhando os seus medos e dúvidas” Missio e Falcão (2011, p.1635).

A forma como o EEESMO vê a prática do aborto voluntário influencia, voluntária ou involuntariamente, a sua prestação de cuidados, constatando-se, por vezes, discriminação na assistência a estas mulheres (Silva e Araújo, 2011). Os autores acrescentam, que os profissionais de saúde têm ideias pré-concebidas assentes em preconceitos, influenciadas pelas suas convicções pessoais considerando-as pecadoras e criminosas. O aborto é considerado:

“uma das principais causas de discriminação institucional contra as mulheres nos serviços de saúde. Este fato pode traduzir-se pelo retardo do atendimento, na falta de interesse das equipas em escutar e orientar as mulheres ou mesmo na discriminação com palavras e atitudes condenatórias e preconceituosas utilizadas durante a assistência” (Missio e Falcão, 2011, p.1633).

Existe primazia nos cuidados realizados às mulheres em trabalho de parto e parto em detrimento das que realizam um aborto voluntário e quando o fazem centram-se essencialmente nos aspetos clínicos e terapêuticos, menosprezando os psicológicos e emocionais. Este aspeto é muito comum e revela grande fragilidade da formação académica no que toca à IVG, sendo necessário que os profissionais de saúde percebam que não estão capacitados para realizar o acompanhamento a estas mulheres (Silva, et al., 2015 e Soares, et al., 2012). A formação académica, nesta área, centra-se essencialmente numa visão tecnicista e burocrática desvalorizando o cuidado, levando, por vezes, ao despreparo dos enfermeiros nos cuidados a estas mulheres e à sua insatisfação (Soares et al., 2012). O mesmo autor acrescenta que, um dos obstáculos referidos, pelos enfermeiros, para a implementação de medidas assistenciais humanizadas, são os registos escritos que absorvem muito tempo que poderia ser disponibilizado nos cuidados a estas mulheres.



As opiniões pessoais dos enfermeiros não devem interferir na forma que lidam com as mulheres, devendo-se evitar julgar o seu comportamento reprodutivo (Soares et al., 2012). Há que rever as concepções no atendimento destas mulheres, pois acima de tudo são seres humanos que estão numa situação de vulnerabilidade acrescida física e emocional e como tal têm o direito a bons cuidados de saúde, isentos de discriminação e julgamento. Esta abordagem deve ser assente em princípios éticos, como a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana (Soares et al., 2012).

A controvérsia relativa à problemática do aborto assenta em dois aspetos: a autonomia do feto em relação à mãe e à autonomia da mulher sobre o seu próprio corpo (Nunes, 2009).

Socialmente, a mãe é vista como a mulher que gera vida, procriadora, abnegada e virtuosa (Borsari, 2012) e a gravidez considerada um período da sua vida. As fortes influências da Igreja Católica, que considera a prática do aborto um homicídio, com implicações morais e éticas que afetam direta ou indiretamente a vida das mulheres, o fato desta referir que pretende terminar com a gravidez é encarado como algo fora da esfera social normal.

Os conceitos de ética e moral são diferentes. Ética referida por Bogdan e Biklen (2013), compreende um conjunto de normas relativas aos procedimentos considerados corretos e incorretos numa determinada sociedade. Sendo a moral um conjunto de regras aplicadas no cotidiano e utilizadas pelo homem, essas regras norteiam a conduta e ações de cada indivíduo. A moral tem forte influência cultural e social, materializando regras adotadas como necessárias às relações interpessoais, regras determinadas pela própria sociedade e muitas vezes com forte influência religiosa (Canário, 2009).

O cuidado inerente a estas mulheres pode levantar dilemas éticos e deontológicos aos profissionais de saúde. Se por um lado, pretendem cuidar, salvar e proteger a vida de um embrião e feto, por outro existe igual responsabilidade para com a mulher que não pretende prosseguir com a gravidez. Para que os direitos de ambos sejam devidamente salvaguardados surge no art.º 92.º do Código Deontológico do Enfermeiro de 18 de março de 2000, os enfermeiros têm o direito de recusar a prática de um ato da sua atividade profissional se este entrar em conflito com a sua consciência moral, religiosa, humanitária ou vá contra o Código

Deontológico. Quando tal fato ocorre devem proceder ao seu anúncio, atempadamente, por escrito, ao seu superior hierárquico (diretor de serviço, diretor de enfermagem e enfermeiro chefe) e ao Presidente do Conselho Jurisdicional Regional da Secção da OE em 48 horas.

Como enfermeiros especialistas devemos mostrar compreensão pelos sentimentos expressados, pelo momento vivenciado, sendo necessário proporcionar um ambiente que propicie uma escuta ativa e humanizada.

Constatamos, que os sentimentos vivenciados por estas mulheres requerem atenção do EEESMO tanto no momento anterior à IVG, como no procedimento e no pós-IVG. As mulheres vivem estas experiencias sozinhas, omitindo terem realizado uma IVG no seu grupo mais restrito, sendo negligenciadas as suas reais necessidades de acompanhamento.

## 2. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

Fortes e Soana (2012, p.13), referem que a metodologia “é o caminho para alcançar um fim ou o conjunto de estratégias consideradas adequadas para alcançar um propósito definido”, já Vilelas (2009, p. 379) define-a como “a explicação minuciosa, pormenorizada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa”. Assim, a metodologia obriga-nos a um processo de planificação e execução de toda a investigação, nomeadamente ir ao encontro dos objetivos, por nós, propostos. É nesta fase que se delineiam métodos a serem seguidos na pesquisa. Não esquecendo que na seleção do método está intrínseca a filosofia e natureza da pesquisa (Taylor e Francis, 2013).

A investigação que efetuamos desenvolve-se na área da IVG. Este estudo emergiu da prática de cuidados e da preocupação em compreender as vivências das mulheres que acompanhamos nas consultas de procedimento e de controlo, sendo necessário ter em consideração todas as suas particularidades e as suas necessidades. Segundo este prisma surge a questão de investigação que norteia o nosso estudo: ***“Quais as vivências das mulheres em processo de Interrupção Voluntária de Gravidez?”***

Nesta sequência definimos como Objetivo Geral: Compreender as vivências das mulheres em processo de IVG e os objetivos específicos; descrever as características biológicas, sociodemográficas e reprodutivas; averiguar os conhecimentos sobre contraceção; analisar as motivações que conduzem à IVG; discriminar as emoções subjacentes à IVG e identificar o suporte social das mulheres que recorrem à IVG.

Uma vez que temos como objetivo descrever e analisar as vivências das mulheres em processo de IVG, parece-nos pertinente clarificar o conceito de vivências, por ter um sentido bastante lato. Vivência é algo que é vivido pelo sujeito, uma experiência de vida ou um acontecimento, quer dizer, algo que é “registado por nós e dela temos consciência”, Mendes (2013, p.310) citando Bello (2006). As vivências, visam uma abordagem centrada na pessoa humana, nos seus próprios valores e crenças e experiências de vida englobada na sociedade em que se insere. A vivência que o individuo percebe não se sobrepõe a nenhuma outra, porque ela é única e indissociável. Por essa razão devemos valorizar a experiência individual “o

modo como sinto, o que sinto” Rogers (1977, p.183). Estas definições dão-nos a ideia de que as experiências das mulheres que optam por realizar uma IVG são de crucial importância para aqueles que as assintem. Só ao escutá-las as poderemos compreender e promover uma relação de ajuda que de certa forma pode condicionar os seus processos de transição. Como EEESMO, temos plena consciência que o fato da mulher não realizar uma transição de vida saudável pode condicionar o seu ajustamento na sua vida futura. Embora as transições sejam encaradas como fenómenos positivos, elas sujeitam o ser humano a períodos de grande vulnerabilidade e quando inesperadas, como é o caso de uma mulher que passa por um processo de IVG, acarreta a um maior risco de doença (Meleis, 2010). A mesma autora, (2010) diz-nos que as transições são influenciadas pelas condições da própria pessoa, da comunidade, da sociedade e que as podem facilitar ou dificultar, influenciando a qualidade da experiência e as suas consequências. Assim, como EEESMO cabe-nos a função de diagnosticar, prevenir, promover e intervir nos tipos de transições que a mulher se encontra a vivenciar e nas necessidades que acompanham as transições, ajudando-as a passarem de um estado de desenvolvimento para outro de forma ajustada. Desta forma, julgo que esta dissertação trará contributos que podem fomentar a discussão entre profissionais de saúde e contribuir para uma melhor compreensão das suas vivências, tal como justificada a sua pertinência social e científica.

## **2.1. Tipo de Estudo e Método de Investigação**

Optamos pelo paradigma qualitativo descritivo. A escolha recaiu sobre um estudo qualitativo, pois pretendemos estudar a compreensão dos seres humanos, o comportamento da experiência humana tal como ela é vivida e tal como ela é expressa e sentida pelos indivíduos (Bogdan e Biklen, 2013), são fenómenos que não podem ser objetivos e quantificáveis, mas que descrevem um grupo de participantes e descritivo porque visa descrever as características de determinado grupo (Gil, 2010).

## **2.2. Participantes do Estudo**

Um estudo deste tipo tem obrigatoriamente que definir os seus participantes. Como referiram Streubert e Carpenter (2011), os participantes devem ser selecionados de acordo com a sua experiência, culturas, aspetos sociais ou as suas vivências ou características que os tornam particulares. Uma vez que não seria possível estudar a totalidade da população, utilizaram-se amostras. Na pesquisa qualitativa, segundo Polit e Hungler (2004, p.237):

O tamanho da amostra deve ser determinado a partir da necessidade de informações. Assim, um princípio orientador na amostragem é a saturação dos dados (isto é, amostrar até o ponto em que não é obtida nenhuma informação nova e é atingida a redundância). Normalmente é possível chegar à redundância com um número relativamente pequeno de casos, se a informação de cada um tiver profundidade suficiente.

Tendo em consideração a natureza da pesquisa, a questão de investigação e os objetivos estabelecidos, definimos como critérios de inclusão para os participantes:

1. Todas as mulheres grávidas até às 10 semanas de gestação de acordo com a Lei nº16/2007, que se desloquem à consulta de Gravidez Não Desejada (GND) do HGO, EPE;
2. Idade superior a 16 anos;
3. Mulheres psiquicamente capazes;
4. Mulheres que concordem participar no estudo;

A seleção dos participantes foi não probabilística e acidental ou de conveniência. Esta seleção corresponde a um conjunto de sujeitos que está facilmente acessível ao investigador e presente num determinado local e num preciso momento, sendo uma técnica de amostragem de fácil acesso (Fortin, 2009 e Vilelas, 2009). Assim, a nossa amostra será composta por mulheres que pretendem interromper voluntariamente a gravidez até às 10 semanas de acordo com a Lei nº 16/2007 e que respeitem os critérios de inclusão do estudo, até à saturação dos dados.

Este tipo de estudos, apresentam algumas limitações uma vez que pela sua natureza são morosos, complexos, levantam o problema da generalização dos dados, podendo colocar-se a questão da representatividade.

Aplicamos o instrumento de colheita de dados na Consulta Externa de Obstetrícia do HGO, EPE (consulta de GND), na primeira quinzena de janeiro de 2017 (Apêndice I), às mulheres que reuniram os critérios de inclusão definidos. Foi selecionada esta instituição após verificação dos dados publicados pelo Relatório dos Registos das IVG (DGS, 2016) onde constatamos que 71% das intervenções são realizadas nos serviços do Sistema Nacional de Saúde, detendo a região de Lisboa e Vale do Tejo maior percentagem (55%), sendo o HGO, EPE uma das instituições com maior prevalência (638 casos) e por ser um local de fácil acesso por parte dos investigadores, enquadrando-se, assim, no perfil pretendido.

### **2.3. Instrumento de Colheita de Dados**

Para a elaboração de um trabalho de investigação, os investigadores têm necessidade de recorrer a métodos que facilitem a colheita de informação e posterior registo, análise, discussão e apresentação dos resultados. Como instrumento de colheita de dados, selecionamos a entrevista semiestruturada.

Tendo em linha de pensamento que a investigação qualitativa tem como finalidade conhecer, interpretar o ponto de vista dos indivíduos relativamente às suas vivências, a entrevista, emerge com a possibilidade de obtenção de informações acerca daquilo que as pessoas pensam relativamente a determinado aspeto (Gil, 2010). O mesmo autor, fala-nos que a entrevista semiestruturada ou parcialmente estruturada é aquela que contém um conjunto de tópicos que servem de guia ao entrevistador e aos quais ele recorre sempre que necessita, não existindo uma sequência rígida nas perguntas. O entrevistador começa a entrevista com tópicos gerais permitindo que o entrevistado possa expressar livremente os seus sentimentos, as suas opiniões e vivências (Taylor e Francis, 2013).

Este tipo de entrevista permitiu-nos que as intervenientes falassem livremente sobre as suas experiências, sentimentos e opiniões do vivido. As suas respostas permitiram conhecer as suas crenças em relação à vivência da IVG, bem como, os aspetos emocionais, psicológicos e sociais, relacionando-os com os conhecimentos sobre contraceção e os dados de caracterização sociodemográficos, de forma a podermos interpretar as suas experiências individuais.

A entrevista de colheita de dados encontra-se construída de forma a possibilitar a caracterização das inquiridas (aspetos sociodemográficos, história obstétrica, conhecimentos sobre contraceção e aspetos relacionados com o procedimento da IVG) e três grandes blocos de questões. O primeiro valida as motivações que poderiam conduzi-las a realizar uma IVG, o segundo os sentimentos subjacentes e o terceiro o suporte social percebido - obtido (Apêndice II).

Antes de iniciarmos as entrevistas testamos o guião de entrevista, com o intuito de validar o instrumento de colheita de dados, para que os investigadores avaliem o que pretendem avaliar (Gil, 2010). Para tal, foram selecionadas três mulheres com iguais características das participantes, mas que não figuraram na amostra e que se disponibilizaram para o estudo preliminar. Realizadas as aferições necessárias, foi necessário adequar a linguagem de forma a tornar as questões mais claras e perceptíveis. Na primeira quinzena de janeiro de 2017, deu-se início às entrevistas que compõem este estudo.

Participaram 25 mulheres que reuniram os critérios de inclusão e que recorreram à consulta de GND do HGO, EPE.

## **2.4. Análise de Dados**

Reconhecendo que esta investigação se enquadra num estudo de natureza qualitativa, a análise de conteúdo emerge como metodologia adequada, no sentido em que tem como objetivo descrever e decifrar os conteúdos das entrevistas das nossas participantes, ajudando-nos a interpretar as suas mensagens e os seus significados tal como descrito por Bardin (2015, p.44), a análise de conteúdo é:

um conjunto de técnicas de análise de comunicações, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens.

Resumidamente e tal como a autora defende, a análise de conteúdo pretende produzir inferências sobre o conteúdo do texto analisado, produzindo deduções lógicas acerca do vivido pelas mulheres que realizam IVG.

Deste modo, optamos pela análise dos dados com base na Teoria de Análise de Conteúdo segundo Bardin (2015).

Bardin (2015), organiza a análise de conteúdo em três fases: 1) A pré-análise; 2) A exploração do material; 3) O tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

Após a realização das entrevistas procedeu-se à sua transcrição. Os vinte e cinco protocolos de entrevista conduziram ao *Corpus* de análise, considerada um "conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos aos procedimentos analíticos (...) implica, muitas vezes, escolhas, seleções e regras" (Bardin 2015, p. 295). A autora defende que devem-se cumprir quatro regras básicas: exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência.

As entrevistas foram codificadas para manter o anonimato das entrevistadas em E1 até à E25.

Após desenvolvermos o nosso *Corpus*, efetuamos uma nova leitura com a finalidade de procedemos ao recorte das *Unidades de Registo* (de forma a não perderem nem significado nem relevância). Realizou-se uma leitura sincrética e perlongada das entrevistas, procurando que fossem mutuamente exclusivos (critério da exclusividade), pertinentes de acordo com os objetivos (critério da pertinência) e abrangentes (critério da exaustividade) (Bardin, 2015).

O processo de categorização empregue foi o de classificação análoga e progressiva dos elementos sendo o título conceptual de cada categoria definido só à posteriori (Bardin, 2015). Assim, agrupámos as Unidades de Registo em Categorias, Subcategorias e Indicadores.

## **2.5. Considerações Éticas**

A necessidade de orientações éticas em investigação na enfermagem, surge, com o objetivo de assegurar que os direitos dos sujeitos que participam em pesquisas estejam protegidos, maximizando os benefícios e minimizando os prejuízos (Oliveira, 2013). Assim, com base nesta premissa foram respeitados os princípios éticos e fundamentais dos participantes (Artigo A. 5 da Declaração de Helsínquia (DH), revista em 2000, Edimburgo). O princípio da autonomia, também denominado por princípio do respeito às pessoas, da liberdade ou de respeito à dignidade humana, este princípio defende que as pessoas devem ser tratadas como seres autónomos e independentes, livres de qualquer imposição ou coação externa



e aquelas cuja autonomia se encontra diminuída, devem ser protegidas. O princípio da beneficência/não-maleficência defende que o mais importante é não causar dano, ou seja não causar o mal, e maximizar os benefícios possíveis minimizando os danos possíveis. A não-maleficência, é considerada por uns como incluída no princípio da beneficência, pois ao evitar o dano intencional, já se está implicitamente a visar o bem do outro (Queirós, 2011). Segundo o princípio da privacidade o investigador deve garantir que a intimidade do sujeito de investigação seja preservada (Fortin, 2009). O direito ao anonimato e confidencialidade, diz-nos que as respostas dadas pelo individuo não devem ser identificadas e nem partilhadas sem a autorização do sujeito de investigação. O direito a um tratamento justo e equitativo, prevê que todos os sujeitos têm igual direito a receber um tratamento justo e equitativo antes e ao longo de todo o estudo (Queirós, 2011), sobre a natureza e os objetivos do estudo em causa (Fortin, 2009).

Nas questões éticas decorrentes da investigação há que ter em consideração os aspetos do consentimento informado. Vilelas (2009), diz-nos que neste documento devem estar explícitos aspetos que garantam as ações de proteção dos direitos humanos básicos.

Com a aprovação da Comissão de Ética e Conselho de Administração do HGO, EPE, para a realização do estudo (Anexo I), procedemos ao primeiro contato com as participantes no dia em que se dirigiram ao hospital para a realização do procedimento. Para tal foi-lhes explicado e entregue um documento onde constam os objetivos e finalidades da pesquisa (Apêndice III), tal como o consentimento informado garantindo a confidencialidade dos dados (Apêndice IV). Os documentos foram assinados por cada participante.

As entrevistas foram efetuadas no espaço físico da consulta de GND do HGO, EPE, num gabinete próprio, garantindo a sua privacidade e intimidade.

Foi pedida permissão para a gravação digital das entrevistas e garantido que só a investigadora teria acesso à gravação digital e à transcrição integral do texto.

Após a Consulta de Procedimento da IVG, as mulheres que concordaram participar no estudo foram encaminhadas para um gabinete de consulta, próprio para este fim. A duração de cada entrevista não ultrapassou os vinte minutos.

O investigador, não participou na consulta de procedimento para não haver interferência nos resultados.

### 3. APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Com o intuito de caracterizarmos os participantes de investigação, antes de iniciarmos as entrevistas, procedemos à recolha de alguns dados biográficos, antecedentes obstétricos, conhecimentos sobre contraceção e dados sobre a IVG.

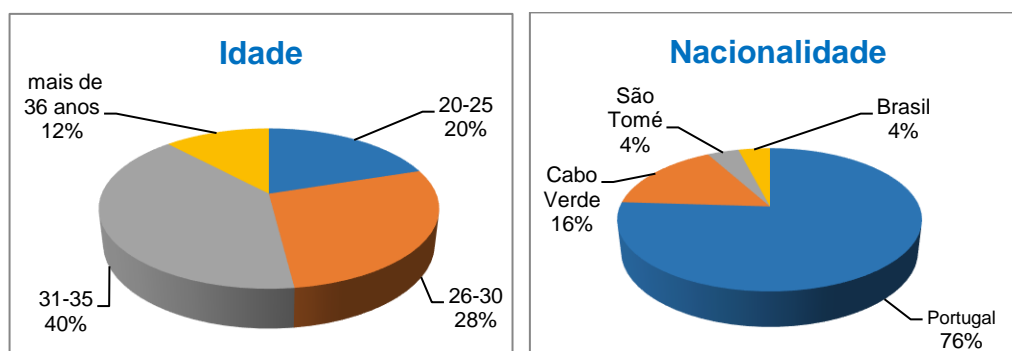
#### 3.1. Caracterização dos Participantes

A maioria das inquiridas encontravam-se entre os 31 e os 35 anos (40%), sendo a Média de 30.8, com um Desvio Padrão de 5.107.

Têm nacionalidade portuguesa (76%), seguidas das cabo-verdianas (16%), das santomenses e brasileiras com igual percentagem (4%). Estes dados convergem para os nacionais, que mostram que tem vindo a crescer o número de IVGs de mulheres não portuguesas face ao ano anterior, de 17.2% para 18.5% (DGS, 2016), o que deve merecer a nossa análise ao nível da prevenção e promoção de boas práticas em cuidados de saúde em mulheres estrangeiras.

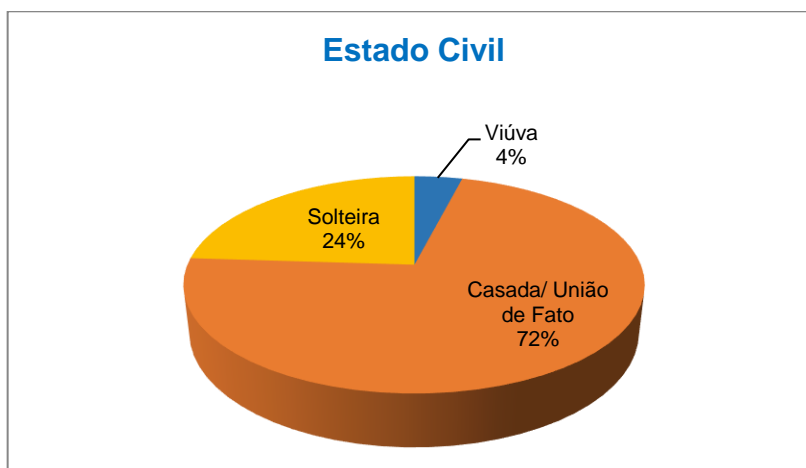
A maioria das mulheres (80%), encontram-se empregadas e 20% desempregadas.

**Gráfico 1.** Caracterização das Participantes Quanto à Idade e Nacionalidade.



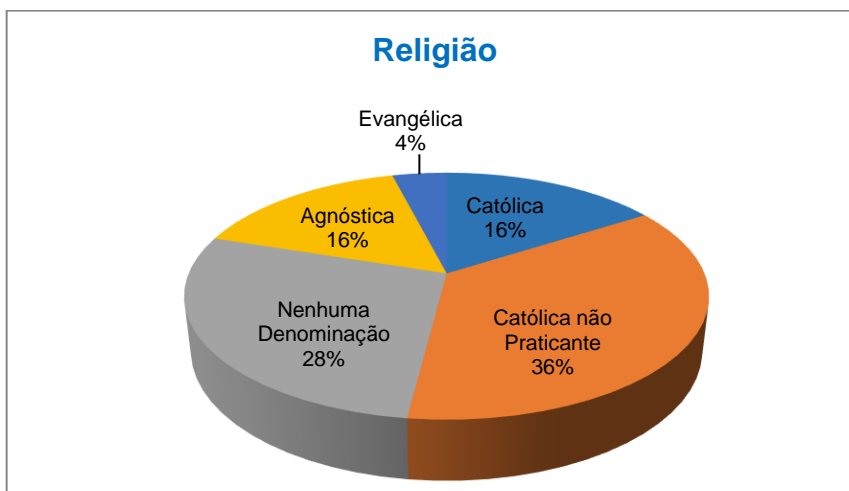
Quanto ao estado civil, podemos observar no gráfico 2 que 72% encontram-se casadas/união de fato, 24% solteiras e 4% viúvas. Estes dados estão de acordo com o que nos dizem os dados nacionais, ao referirem que a maioria das mulheres vive em regime de coabitação (DGS, 2016).

**Gráfico 2.** Caracterização das Participantes Quanto ao Estado Civil.



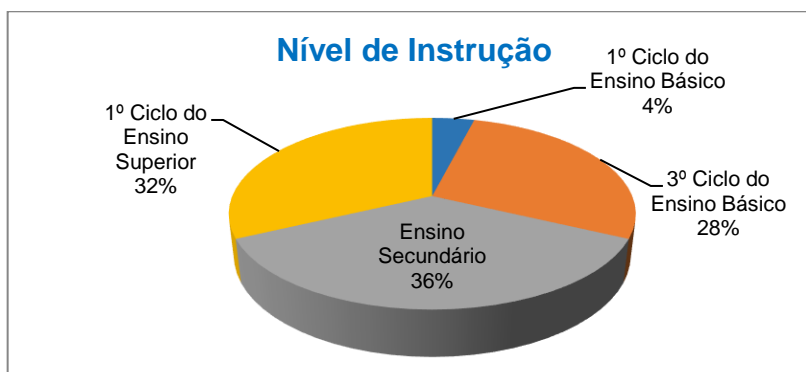
Pela análise do gráfico 3 verificamos que 52% são católicas, 28% não têm nenhuma denominação religiosa, 16% agnósticas e com menor percentagem (4%) as evangélicas. Embora para no cristianismo o aborto seja condenado, essa condição não foi condicionante na decisão destas mulheres.

**Gráfico 3.** Caracterização das Participantes Quanto à Religião.



No que diz respeito ao nível de instrução (gráfico 4), evidenciou-se o ensino secundário (36%), seguindo-se o 1º ciclo do ensino superior (32%), o 3º ciclo do ensino básico (28%) e por último o 1º ciclo do ensino básico (4%).

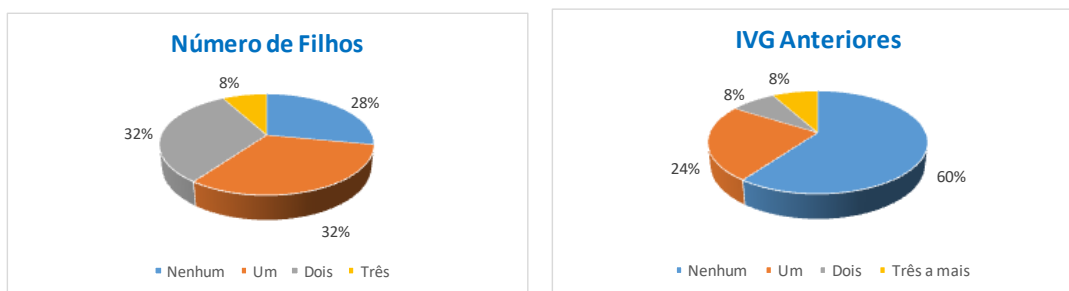
**Gráfico 4.** Caracterização das Participantes Quanto ao Nível de Instrução.



Segundo o gráfico 5, figurativo ao número de filhos, 32% referiram ter um filho, com igual percentagem (32%) dois filhos e 28% não tinham nenhum. Só 8% referiram ter três ou mais filhos. Entre as mulheres que realizaram IVG, 60% nunca tinha realizado nenhuma anteriormente, 24% efetuaram uma, seguindo-se as que realizaram duas (8%) e com igual percentagem (8%), as que fizeram três ou mais. Esta propensão aproxima-se das representações nacionais (DGS, 2016).

Constatámos que vinte mulheres (80%) foram a pelo menos uma consulta de planeamento familiar no último ano e que cinco não o fizeram (20%), estando de acordo com a média nacional mencionada em 2015 pela Sociedade Portuguesa da Contraceção e Sociedade Portuguesa de Ginecologia (SPC e SPG, 2015).

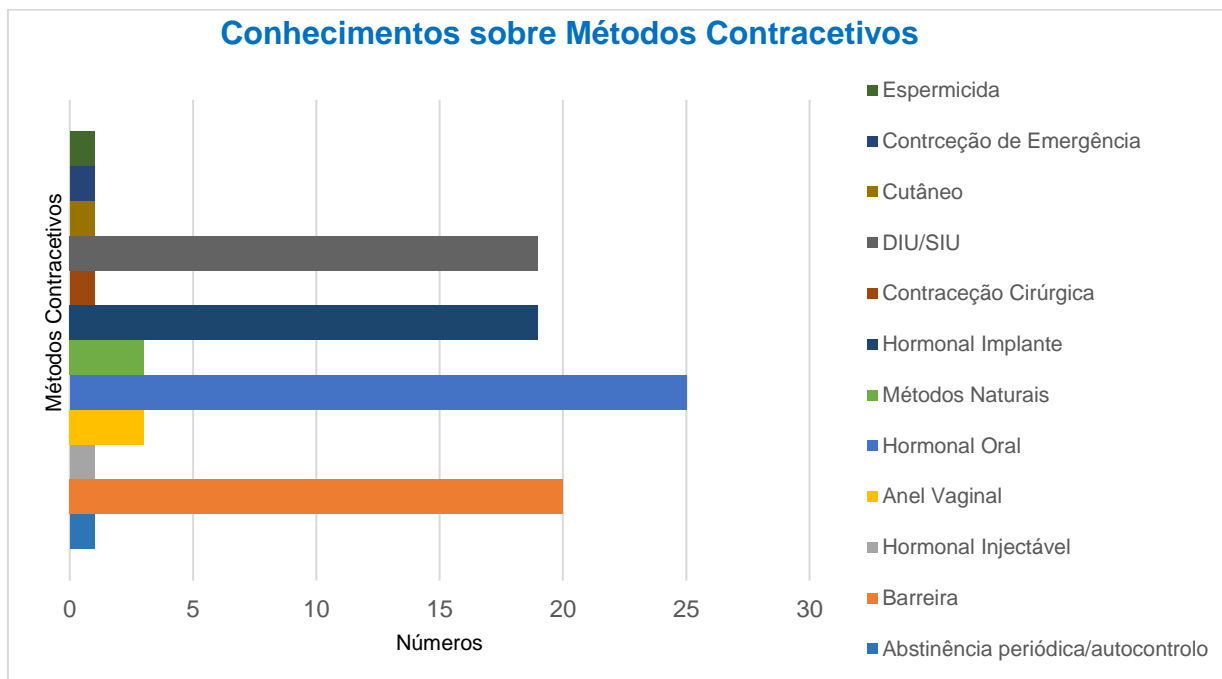
**Gráfico 5.** Distribuição das Participantes quanto ao Número de Filhos e de IVG Anteriores.



Ao analisarmos o gráfico 6, relativo aos conhecimentos sobre os métodos contraceptivos comprovamos que os mais referidos foram o hormonal oral (26%), método barreira (21%), DIU/SIU (20%) e o hormonal implante (19%). O anel vaginal e os métodos naturais foram referidos apenas por 3% das mulheres, correspondendo a um total de 6%. Todos os outros (abstinência periódica/autocontrolo, hormonal injetável, sistema transdérmico-cutâneo,

contraceção cirúrgica feminina, espermicida, contraceção de emergência) apresentavam igual percentagem percentagens (1%). Estes dados estão em consonância com os da SPC e SPG (2015), ao referirem a pílula (96.6%), o preservativo masculino (82.2%) e o DIU (38.7%) como os métodos mais conhecidos e os mais utilizados.

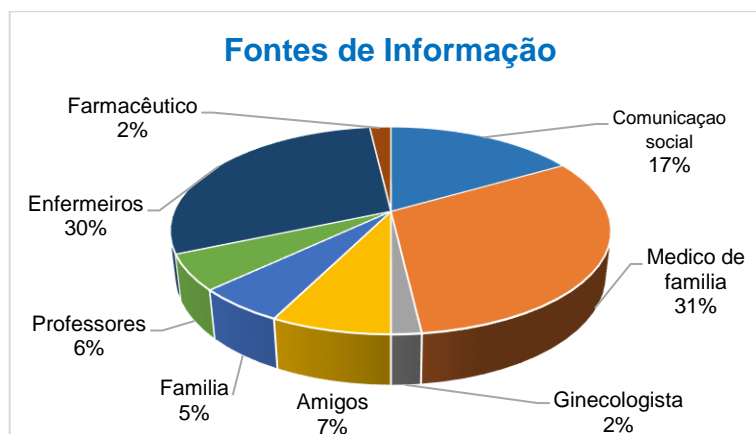
**Gráfico 6.** Conhecimentos das Participantes Sobre Métodos Contraceptivos.



Quanto à proveniência da informação sobre contraceção (gráfico 7), podemos indagar que o médico de família é a principal fonte de conhecimento com 31%, seguindo-se os enfermeiros (30%) e a comunicação social (17%). Os amigos representam 7%, os professores 6%, a família 5% e com 2%, cada, o ginecologista e o farmacêutico.

Estes dados apresentam semelhanças com os recolhidos pela SPC e a SPG (2015), ao dizerem-nos que 94% das mulheres usam contraceção e procuram informação no médico de família (52%) e na internet (29,6%). Os enfermeiros surgem com 14,9%.

**Gráfico 7.** Fonte de Informação Sobre Métodos Contracetivos.



### 3.2. Vivências da Mulher perante uma Interrupção Voluntária da Gravidez

Da análise de conteúdo das entrevistas realizadas, às vinte e cinco mulheres, emergiram três categorias: Motivações (causas) que Poderão Conduzir a Mulher a uma IVG, Sentimentos Subjacentes à Realização da IVG e Suporte Social Percebido - Obtido (Quadro 1 e Apêndice V). De acordo com Vilelas (2009, p. 351) “ANALISAR significa decompor um todo em partes constituintes”, assim pretendemos efetua-la de forma narrativa, simples e clara.

**Quadro 1.** Categorias e Subcategorias Emergentes das Entrevistas às Mulheres Incluídas no Estudo.

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
Motivações (causas) que Poderão Conduzir a Mulher a uma IVG	<ul style="list-style-type: none"><li>• Motivos Relacionados com os Filhos;</li><li>• Sem Projeto de Maternidade;</li><li>• Conhecimento Sobre Contraceção;</li><li>• Condições Socioeconómicas;</li><li>• Relacionamento Instável.</li></ul>
Sentimentos Subjacentes à Realização da IVG	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sentimentos na partilha</li><li>• Sentimentos na decisão;</li><li>• Sentimentos com a Decisão Tomada.</li></ul>
Suporte Social Percebido-Obtido	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pessoa a quem Referiu que Estava Grávida;</li><li>• Fontes de Apoio à Tomada de Decisão.</li></ul>

As subcategorias, permitem-nos ter uma ideia de alguns fatores que levaram o grupo de mulheres a realizar uma IVG e a forma como vivenciaram todo o processo, desde a vontade em realizá-la, o processo de tomada de decisão e a

forma como esta experiência influenciou as suas emoções, bem como, as fontes de apoio.

### 3.2.1. Motivações (causas) que Poderão Conduzir a Mulher a uma Interrupção Voluntária da Gravidez

Relativamente à categoria dos motivos que conduzem as mulheres à decisão de realizar uma IVG, constatamos que o que parece estar na sua génese, circula à volta de aspetos relacionados com os filhos, ausência de projeto de maternidade, conhecimento ineficaz sobre contraceção, condições socioeconómicas e relacionamento instável (Quadro 2).

**Quadro 2.** Subcategorias e Indicadores Emergentes da Categoria “Motivos (causas) que Poderão Conduzir a Mulher a uma IVG.

SUBCATEGORIA	INDICADORES
Motivos Relacionados com os Filhos	Filhos Suficientes Filhos Pequenos
Sem Projeto de Maternidade	Não Foi Algo Planeado Muito Jovem Para Ter Filhos Cansaço da Progenitora Sem Planos em Constituir Família
Conhecimento sobre Contraceção	Incapacidade em Utilizar Contraceção de Modo Eficaz Poucos Conhecimentos Sobre Contraceção
Condições Socioeconómicas	Condições Socioeconómicas Instáveis Situação Profissional Irregular Poucos Apoios Sociais Ser a Única Solução
Relacionamento Instável	Situação Conjugal não Estabelecida Relação Instável/Inexistente Sem Suporte Emocional

A subcategoria **motivos relacionados com os filhos**, contempla dois indicadores, conforme podemos verificar pelas expressões utilizadas pelas participantes, *“já tenho dois filhos”* (E1, E3, E10, E16, E20, E21, E23); *“não pretendo ter mais filhos”* (E8, E21), outro fundamento apontado prende-se com a idade dos filhos *“e o meu filho ainda é muito pequenino”* (E5, E13, E16, E18, E21) e *“acabei de sair de licença de maternidade... e estar novamente grávida”* (E4).

Os dados recolhidos apontam no sentido dos estudos levados a cabo por Sell (2013) e Borsari (2012), ao referirem que não são dados apoios, à mulher, que pretende prosseguir uma gravidez e já tenha mais filhos, mesmo que fosse essa a sua vontade, que o aborto é visto como solução para a resolução do problema da gravidez não desejada, tal como o número de filhos.

A **ausência de projeto de maternidade** surge como outra sub-categoria e uma das causas para interromper a gravidez. Salientando-se algumas das expressões das participantes: *“não foi algo planeado”* (E5, E8, E19, E25); *“não estava à espera desta gravidez”* (E10, E24).

O cansaço da progenitora foi referido por diversas vezes *“não me sinto com forças ... para ter mais filhos”* (E8) e o não terem planos em construir família *“achamos que não seríamos capazes de ser pais”* (E2, E12, E25) e o fato de se considerarem muito jovens *“ainda sou muito nova, posso esperar. Não posso parar a minha vida neste momento para ter outro filho”* (E18).

Pelo exposto ficou claro o que estimulou a procura da IVG e vai ao encontro do referido por Major et al (2009) e Gesteira, Barbosa e Endo (2006) ao dizerem que o fato das mulheres não estarem preparadas para cuidarem de uma criança, a falta de apoio do progenitor, serem muito jovens e a ausência de um projeto de maternidade, constituem razões para optarem pela IVG.

A subcategoria **conhecimnto sobre a contraceção** reparte-se em dois indicadores. A incapacidade em utilizar contraceção de modo eficaz, conforme narrado pelas mulheres: *“foi [descuido] nosso, irresponsabilidade porque só estávamos [a ter cuidado] e não utilizava outro método contracetivo”* (E1, E6, E8, E10, E14, E16, E17). Os poucos conhecimentos sobre contraceção, descrito nas falas: *“deve ter sido numa altura em que estive com uma infeção num dente e tive de fazer antibiótico, só vejo esta maneira”* (E5, E13).

Estes dados encontram-se em consonância com os estudos pesquisados, que revelam que os motivos associados à IVG prendem-se com a falha dos métodos contraceptivos e incapacidade em utiliza-los de forma eficaz (OMS, 2013; DGS, 2016). A SPC e a SPG (2015), cimenta os dados por nós averiguados ao mencionarem que as inquiridas referem ter pouco acesso à educação sexual (64,7%). Gesteira, Barbosa e Endo (2006), também apresentaram resultados semelhantes ao nossos ao concluírem que o desconhecimento dos métodos



contracetivos, a falta de literacia em saúde reprodutiva e PF são fundamentos que estão na génese desta problemática.

A subcategoria com mais enumerações, foi a referente às **condições socioeconómicas**, nomeadamente, as condições socioeconómicas instáveis, manifestadas por: *“As condições não o permitem. As despesas são muitas”* (E5, E6, E7, E11, E12, E18, E22), apresentarem uma situação profissional irregular, muitas vezes pautada pelo desemprego ou por emprego precário ou mal remunerado: *“eu gostava de ter mais um filho. Para mim, claro que gostava de ter mais um filho, mas estou sem trabalho, mas a verdade é que não posso mesmo”* (E5, E7, E13, E16); *“não tenho ordenado fixo, sou esteticista e ganho conforme trabalho, o meu namorado também não tem uma situação financeira muito estável”* (E2). Mencionarem a falta de apoios sociais: *“já fiz dois abortos, os motivos são sempre os mesmos, o dinheiro que é pouco, as ajudas são poucas”* (E23) e considerarem a IVG como a sua única solução: *“esta decisão foi pensada, tenho dois filhos e é neles que penso. A minha sogra disse-me [onde comem dois comem três], mas nós sabemos que hoje em dias as coisas não funcionam desse jeito. É a única solução que vejo neste momento”* (E3).

Os fatores económicos são os mais referenciados na procura da IVG, independentemente da sociedade em que se inserem, da cultura ou até mesmo das suas políticas de saúde. Os dados recolhidos estão em consonância com as investigações de Major et al (2009), Sell (2013) e Fernandes (2014), ao aludirem que as mulheres com precária condição económica, vêm a IVG como única opção.

Na subcategoria, **relacionamento instável**, algumas das expressões mais utilizadas pelas entrevistadas dão uma imagem clara de como estas mulheres vivenciam as suas relações de conjugalidade. Assim, relativamente às relações instáveis/inexistentes, as mulheres afirmam: *“Eu e o meu namorado, ou antes ex-namorado, separamo-nos quando eu engravidei”* (E6, E15, E19); ao facto de não terem suporte emocional: *“eu não consigo, não tenho suporte emocional para tal”* (E6), e a sua situação conjugal não estar estabelecida: *“gostaria de ter a minha vida organizada para um dia receber uma criança. Nada como isto, que começou tudo ao contrário”* (E12).

Os resultados a que chegamos vão ao encontro dos estudos realizados por Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005), ao dizerem que alguns dos fatores que

poderão estar relacionados com este evento são os relacionamentos difíceis com os companheiros ou maridos desta mulheres, opinião corroborada com a investigação levada a cabo por Borsari (2012) e por Nader et al (2007), que acreditam que 17,7% dos principais motivos para a IVG são as relações conjugais instáveis.

### 3.2.2. Sentimentos Subjacentes à Realização da Interrupção Voluntária da Gravidez

Esta categoria remete-nos para as vivências das mulheres em processo de IVG, subdividindo-se em três subcategorias conforme se poderá ver no Quadro 3.

**Quadro 3.** Subcategorias e Indicadores Emergentes da Categoria “Sentimentos Subjacentes à Realização da IVG”.

SUBCATEGORIA	INDICADORES
Sentimentos na Partilha	Ansiedade Ambivalência Dúvida Decisão Difícil Culpa Julgada Recriminada Abandono Vergonha Tristeza Enganada
Sentimentos na Decisão	Ansiedade Ambivalência Medo Evitamento Processo Difícil Processo Complicado Culpada Sofrimento Revolta Recriminação Envergonhada Angustiada Tristeza Devastada Arrasada Desanimo
Sentimentos com a Decisão Tomada	Angústia/Ansiedade Tristeza Evitamento Culpa Castigo Divino Vergonha Retomar a sua Vida Bem/Alívio

Na subcategoria **sentimentos com a partilha**, podemos registar que as vinte e cinco mulheres, manifestaram aspetos de ordem emocional.

Em termos genéricos podemos afirmar que os sentimentos, ao expressar a vontade de realizar a IVG, com maior expressão foram a culpabilização e a condenação, visível nas seguintes afirmações: *“E uma enorme culpa”* (E7, E8, E9); *“Senti-me recriminada”* (E4, E7, E9). Segue-se a incerteza, verbalizada nos discursos: *“São muitas horas sem dormir, pensei muito em todas as hipóteses, coloquei tudo nos pratos da balança”* (E7); *“Ambivalente”* (E4); *“Às vezes olhamos para o nosso filho e pensamos que se viesse outro como ele, lindo”* (E9).

A infelicidade surge como um dos motivos enumerados pelas inquiridas embora em menor número, *“Senti muita coisa, tristeza, revolta..., devido ao que aconteceu o ano passado [refere-se a um aborto espontâneo, no primeiro trimestre. Embora resultante de uma gravidez não planeada estava a ser aceite]”* (E18).

Tal como o que apurámos, os estudos desenvolvidos por Vieira et al. (2010) e Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005), defendem que as mulheres ao fazerem uma IVG experienciam sentimentos de culpa. Rodrigues (2009) e Benute (2009), identificam, ainda, sentimentos de ambivalência. Missio e Falcão (2011), dizem-nos que os sentimentos expressos durante a vivência de uma IVG são: a culpa, a tristeza, a ansiedade o que vai ao encontro das respostas encontradas nas nossas inquiridas. Uma gravidez implica muitas mudanças e quando se trata de algo que é indesejado pode tornar-se um obstáculo difícil de ultrapassar, podendo ser vivida com grande perturbação (Azevedo e Arrais, 2006).

Na subcategoria **sentimentos na decisão** e ao analisar-mos os dados recolhidos, podemos registar que a maioria das vinte e cinco participantes declarou sentimentos de incerteza, ansiedade e evitamento, como se pode verificar nos seus discursos: *“Sinto-me ansiosa”* (E3); *“A pensar sempre no mesmo, faço não faço”* (E5); *“Tenho sentido uma mistura de sentimentos, de tudo um pouco [entre lágrimas] não esperava passar por uma situação destas”* (E15); *“Cheia de medo”* (E2, E19); *“Não quero pensar muito [respira fundo], sei que tenho de o fazer”* (E4); *“sinto-me ansiosa”* (E3).

Mesmo após a realização da IVG as mulheres experienciam sentimentos de ambivalência, evitamento e ansiedade com a decisão tomada. Esta conclusão vai ao encontro dos estudos realizados por autores como Gesteira, Barbosa e Endo (2006),

Fróis (2012) e Miller (1992), que nos chamam à atenção para o fato de que perante uma gravidez não desejada a mulher pode experimentar vários sentimentos até mesmo o de continuar a gravidez; no entanto quando a ambivalência se torna muito marcada o fato de realizar uma IVG poderá despoletar sentimentos emocionais após o processo, muito severos tais como tristeza, raiva, desespero e mesmo depressão. Como podemos reparar, alguns destes sentimentos estão presentes nas nossas inquiridas.

Quanto às questões de evitamento reportamos para os estudos realizados pela Noya e Leal (1998), referindo que o evitamento e o enfrentamento são respostas às situações de *stress* sendo que as mulheres que utilizam o confronto têm formas mais adaptativas de vivenciarem os seus processos de transição do que as que utilizam os de evitamento, por essa razão devemos estar atentos a este tipo de sentimentos.

A ansiedade e o medo são referenciados por autores como Sell et al. (2015) como questões relacionadas com as vivências do significado da experiência do aborto induzido.

A Condenação também é enumerada, conforme se pode ver nos seus relatos: *“Com a culpa a pairar por cima da cabeça como se fosse uma espada, sempre constante”* (E5, E6, E9, E12, E14); *“Eu vi a eco, e aquilo que poderia ter sido o meu primeiro filho, acho que ninguém esquece isso”* (E2); *“Nós seremos os nossos maiores castigadores”* (E2); *“Nós somos as primeiras a recriminarmo-nos”* (E13); *“Tenho-me sentido envergonhada”* (E8, E9, E12, E17, E21).

Sentimentos como a culpa, vergonha, recriminação e sofrimento são sentidos pelas nossas participantes de diversas formas penitenciando-se pelo ato que fizeram. São muitos os autores que nos falam destes sentimentos nos seus estudos, Sell et al. (2015), Vieira et al. (2010), Rodrigues (2009), Benute (2009) e Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005).

Os sentimentos de Infelicidade são igualmente referidos por estas mulheres e podem ser identificados nas seguintes frases: *“Angustiada com tudo isto”* (E2, E21, E24); *“Estes dias têm sido vividos como uma tormenta tremenda”* (E5); *“Sinto-me um lixo humano, principalmente pela forma como fui tratada por ele [ex-namorado], alguém que já conhecia há tanto”* (E6); *“À medida que o tempo passa, sinto-me pior”* (E3). Da análise das falas destas mulheres pareceu-nos verificar vivências repletas

de profundo pesar, também nomeadas nos estudos levados a cabo por Ribeiro e Bolpato (2013) e Missio e Falcão (2011).

Na subcategoria referente à representação que os sentimentos têm **com a decisão tomada**, as vinte e cinco participantes, evidenciaram aspetos de ordem afetiva.

Da análise das entrevistas, verificamos que o indicador mais enumerado foi a Sensação de Conforto, seguindo-se a Condenação e a Infelicidade. Existe um grupo de mulheres que, apresentou sentimentos de ajustamento com a decisão de ter realizado uma IVG evidenciado pela vontade de querer retomar a sua vida, bem-estar/alívio, conforme declarado nos seus relatos: *“espero retomar a minha vida o mais depressa possível”* (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E10, E13, E20, E21); *“Sinto-me tranquila”* (E11).

A satisfação com a decisão tomada, conduz a um processo de transição e crescimento, uma experiência de aprendizagem para a mulher. Esta decisão encontra-se relacionada com o processo de tomada de decisão anterior à gravidez onde destacamos a sua visão sobre a IVG, a pressão social, as crenças e os valores (Noya e Leal, 1998). O ajustamento psicológico de cada mulher está intrinsecamente ligado à saúde mental prévia e condiciona a resposta emocional que ela poderá desencadear após a IVG (Noya e Leal, 1998).

Existem outras, porém, que manifestam sentimentos de sofrimento: *Acho que me irei sentir culpada sempre*” (E5, E9, E14, E18); *“Tenho-me sentido mal, não era o que eu queria fazer”* (E5); *“Só espero que Deus me perdoe pelos meus atos e que compreenda os meus motivos”* (E7, E9); *“Não se pode pensar muito nisto quando isto passar logo se vê”* (E15).

A vergonha é referida por estas mulheres e pode ser encarada como uma sensação de negação, pelo fato de não se quererem expor, reprimindo sentimentos que poderão conduzir a sérios problemas psicológicos (Burke e Forbidden, 2002, citado pela Humanizando o Sexo, 2017). Na situação da IVG, a vergonha está associada ao julgamento, a mulher que aborta julga-se com base nos conceitos sociais existentes e pensa que será julgada pelos outros (Souza e Diniz, 2011). Parece subsistir uma forte influência religiosa na vida da nossa população perceptível nas descrições das participantes, que mencionam a culpa e o castigo divino pelo ato realizado. Segundo Noya e Leal (1998), existe uma correlação entre o catolicismo, o

sentimento de culpa e a vergonha, embora maior que a sua relação é o grau de crença que a mulher lhe atribui. Oliveira, Barbosa e Fernandes (2005), mencionam-nos o castigo divino como uma forma de manifestarem o seu medo. As crenças religiosas incutem a fé de culpa e pecado, contrapondo-se à ideia do direito de escolha e dos motivos subjacentes a essa escolha (Soares, 2003).

A Infelicidade é patente nestas mulheres em manifestações de tristeza, evitamento, ansiedade e angústia como podemos constatar nas suas descrições: *“Vai crescendo dentro de mim um sentimento que me preenche o peito como se o apertasse”* (E3); *“Não se pode pensar muito nisto quando isto passar logo se vê”* (E15).

De acordo com os autores pesquisados, as consequências da IVG tendem a ser mais positivas do que negativas, não obstante existirem mulheres que experienciam sentimentos de tristeza, mágoa e angústia (Patrão, King e Almeida, 2008), tal como verificámos nas falas das nossas inquiridas. O evitamento volta a verificar-se como uma tentativa de tentar superar a situação experienciada que não termina no ato de interromper a gravidez, perdurando por mais algum tempo, dependendo de mulher para mulher (Noya e Leal, 1998).

### **3.3. Suporte Social Percebido/Obtido**

Esta categoria centra-se no suporte emocional, psíquico e social que as vinte e cinco inquiridas consideraram ter recebido. De acordo com as respostas obtidas agrupámo-las em subcategorias, conforme se pode observar no Quadro 4.

**Quadro 4.** Subcategorias e Indicadores Emergentes da Categoria “Suporte Social Percebido - Obtido”.

SUBCATEGORIA	INDICADORES
Pessoa a quem Referiu que Estava Grávida	Marido/Companheiro/Progenitor Marido/Mãe Ex-Namorado/Melhor Amiga Mãe Irmã e Mãe Família/Profissionais de Saúde Profissionais de Saúde
Fontes de Apoio à Tomada de Decisão	Marido/Mãe/Médico de Família Instituições de Saúde/Enfermeiros Marido/Companheiro/Progenitor Família Mãe Sogra Marido/Mãe Irmã/ãs Melhor Amiga Falta de Apoio Por Parte do SNS Ninguém/Sem Apoio

Na subcategoria **pessoa a quem referiu que estava grávida**, detivemo-nos na análise do discurso das vinte e cinco mulheres, dezasseis escolheram o marido/progenitor/companheiro para revelarem, em primeiro lugar, que estavam grávidas: *“Embora esta decisão estivesse bem clara na minha cabeça quando soube que estava grávida contei ao meu marido. Aliás, foi a 1ª pessoa a saber da gravidez”* (E1, E4, E7, E12); *“Ao meu marido. Quando lhe liguei ele percebeu pela minha voz que havia alguma coisa que não estava bem...”* (E8, E9, E10, E16, E22).

Seguiram-se aquelas que contaram às mães e ao marido, conforme descrito: *“Quem me tem acompanhado tem sido a minha mãe e o meu marido”* (E5, E11, E17, E18).

Os profissionais de saúde surgem logo a seguir: *“só contei convosco [referindo-se aos enfermeiros e médicos do centro de saúde e hospital], que realmente têm sido uma excelente ajuda”* (E12, E13, E14, E19, E22).

Em menor número fazem alusão às escolhas: mãe, melhor amiga, irmã/ãs, ex-namorado e profissionais de saúde conforme as expressões *“a minha mãe”* (E24); *“Ao meu ex-namorado e à minha melhor amiga”* (E6); *“foram as minhas irmãs e depois à minha médica”* (E13).

Verificamos que o suporte social obtido é considerado de extrema importância para estas mulheres. A satisfação com o suporte social e conjugal, tem um papel preponderante no estado emocional das mulheres, dados que coincidem com os estudos levados a cabo por Frois (2012) e Santos (2010).

Nesta subcategoria validamos **as fontes de apoio obtidas pelas participantes na sua tomada de decisão**. Constatamos que maioritariamente referem falta de apoio: *“Sabe, embora a lei exista, por vezes não passa de um conjunto de procedimentos técnicos que têm de ser executados”* (E9); *“Ninguém, estou sozinha a viver as minhas escolhas e os meus erros”* (E7, E14, E15, E17, E19); *“Porque gostava que me dessem algum conforto, mas nada”* (E4).

Outro grupo, refere ter conseguido apoio no seio familiar e grupo de pessoas significativas: *“Quem me tem acompanhado sempre, é o meu marido”* (E4, E9, E16, E18, E21, E22); *“Embora toda a família me apoiasse”* (E3, E15) e o apoio referido por parte dos profissionais de saúde: *“Só contei convosco [referindo-se aos enfermeiros e médicos do centro de saúde e do hospital], que realmente têm sido uma excelente ajuda”* (E12, E13, E14, E19, E22); *“Poderei referir que me senti muito apoiada por parte das Instituições de Saúde, nomeadamente pelo meu médico de família que me recebeu várias vezes, mesmo sem consulta marcada”* (E12, E13, E15, E16).

A evidência encontrada corrobora os resultados descobertos na análise das entrevistas. A carência de apoio social é um fator preditor para que as mulheres possam interromper a gravidez ou mantê-la (Canário, 2009). As relações familiares conflituosas, a ausência de apoio, em que existe o abandono por parte do progenitor à descoberta da gravidez, contribuem como fator de escolha ao recurso da IVG, que é vivida de forma solitária por parte da mulher contribuindo para sentimentos emocionais negativos (Souza e Diniz, 2011). As participantes reconheceram nos serviços de saúde, nomeadamente na pessoa do enfermeiro e do médico de família, alguém em quem poderiam confiar, isentos de julgamentos. Os profissionais de saúde, com destaque para os enfermeiros, têm que respeitar, promover um acolhimento e atendimento de acordo com as suas necessidades, avaliando os riscos e promovendo soluções adequadas evitando o julgamento, sem punições verbais e físicas favorecendo um ambiente de confiança (Souza e Diniz, 2011; Ribeiro e Bolpato, 2013).



#### **4. CONCLUSÃO**

Nesta fase torna-se crucial efetuar uma avaliação global sobre o percurso decorrido, à luz dos objetivos levantados, deixando sugestões para investigações futuras.

O enquadramento conceptual permitiu-nos clarificar conceitos básicos que foram importantes para a exploração da temática abordada, sendo possível constatamos que a IVG, considerada pelos diversos autores<sup>1</sup>, é transversal aos diferentes escalões etários e sociais, com influências culturais, sociais, económicas e religiosas, conduzindo a respostas emocionais, por vezes, negativas que podem ser minimizadas através do apoio social, familiar e profissional recebido.

Neste sentido propusemo-nos estudar as vivências das mulheres durante o processo de IVG, pois como EEESMO e dando resposta às nossas Competências é necessário perceber as vivências das mulheres que optam por uma IVG, as suas razões, perceber as suas estruturas de apoio e englobá-las nas circunstâncias das suas vidas. Percebendo a complexidade da temática, consideramos ser uma questão relevante e de crucial importância para o desenvolvimento da enfermagem, enquanto ciência e nos cuidados prestados à população.

As vinte e cinco participantes, apresentam idade média de 31 anos, maioritariamente são de nacionalidade portuguesa (76%), casadas ou em união de fato (72%), católicas (52%) e residentes no concelho de Almada. Têm ocupação laboral efetiva (80%), com escolaridade ao nível do ensino secundário (36%) e do 1º ciclo do ensino superior (32%).

A maioria, refere ter entre um a dois filhos (64%), não ter realizado IVG anterior (60%) e 80% foram a pelo menos uma consulta de planeamento familiar no último ano. Demonstram falta de literacia em saúde no que concerne a contraceção. Quanto à proveniência da informação sobre contraceção, podemos concluir que o médico de família é a principal fonte de conhecimento (31%), seguindo-se os enfermeiros (30%). Os dados da caracterização demográfica são, na sua maioria, semelhantes aos da DGS (2016), SPC e SPG (2015) e OMS (2013).

No que concerne às motivações que conduziram as participantes a uma IVG, evidenciam-se aspetos relacionados com condições socioeconómicas instáveis,

---

<sup>1</sup> Borsari, CMG (2012); Frois, D. (2012); Galeotti, G. (2007); Gamanho, T. A. F. (2011); Gesteira, S.M.A.; Barbosa, V.L.; Endo, P.C. (2006); Missio, L.; Falcão, L.L. (2011); Oliveira, M. S.; Barbosa, I. C.; Fernandes, A. F. (2005); Portugal, C.M. (2009); Rebouças, M. S. S.; Dutra, E. M. S. (2011); Sell, S.E. et al. (2015) e Sell, S. E. (2013).

incapacidade em utilizar contraceção de modo eficaz, não terem planeado a gravidez, ausência de planos para construir uma família, considerarem a família completa, não ser o momento certo para ter um filho e relacionamentos instáveis ou inexistentes.

Embora a maioria das mulheres tenha um emprego fixo, as condições socioeconómicas são encaradas como o principal motivo para a realização da IVG, pois, no seu entendimento, pretendem garantir condições de vida melhores às que tiveram e que com a vinda de outro filho seria impensável. O fato de terem relacionamentos instáveis ou inexistentes comprova que não pretendem ter um projeto de maternidade sozinhas. Algumas participantes não tinham filhos, mas, a grande maioria já eram mães e como tal possuem conhecimento das implicações do que é ter um filho, por essa razão, não desejam assumir sozinhas essa responsabilidade. Outro dos motivos proferido, foi o não ser o momento ideal para uma gravidez, devido ao fato de terem outros filhos, por vezes muito pequenos, considerando uma sobrecarga de tarefas e responsabilidades. Não terem planeado a gravidez aliado à incapacidade em utilizar contraceptivos de forma adequada, foi outra das causas apontadas. Uma vez que a generalidade das participantes do estudo referiu ter tido pelo menos uma consulta de PF no último ano, sendo a fonte de informação sobre contraceção e métodos contraceptivos os médicos, subsequentes dos enfermeiros, leva-nos a ponderar a nossa atuação como profissionais de saúde. Os EEESMO são os profissionais de saúde que estabelecem, geralmente, o primeiro contato com estas mulheres, tendo um papel privilegiado no estabelecimento de uma relação de ajuda e no seu *empowerment* com vista ao aumento da sua literacia em saúde e na adesão a um estilo de vida saudável.

Quando nos debruçamos sobre as emoções implícitas à IVG, percebemos que, independentemente, de ser na partilha da vontade em realizá-la, com a decisão de a fazer ou após a sua execução surgem, sempre, sentimentos de culpa, vergonha, ambivalência, medo, angústia/ansiedade, receio do castigo divino, repressão dos sentimentos e pensamentos sobre IVG mas também aspetos positivos como o quererem retomar as suas vidas. Verificamos que algumas destas vivências estão entrosadas em fortes influencias culturais, sociais e religiosas, não obstante não foram impeditivas para a sua decisão. Constatamos que os

sentimentos experimentados são, maioritariamente, de pesar o que nos desperta a atenção para os cuidados que devem ser dados a estas mulheres não só nas consultas prévias, de procedimento e no acompanhamento posterior à IVG com o intuito de garantir uma adequada transição à nova etapa da sua vida, evitando, assim, complicações de ordem psicológica graves.

No que concerne ao suporte social percebido – obtido, as participantes do estudo depositaram confiança para verbalizarem a sua situação de gravidez, predominantemente à família mais restrita (marido/companheiro/progenitor e a mãe), seguido das instituições de saúde e dos enfermeiros. A família parece ser vista como uma entidade de relações autênticas, de afeto, proteção, impulsionadora de vínculos importantes e fonte de grande apoio, no entanto, estas mulheres, maioritariamente, manifestam não ter apoio de ninguém durante a IVG, sentindo-se sozinhas durante esta experiência de vida que consideram negativa. Isto poderá levar-nos a inferências sobre as repercussões negativas nas vivências psicológicas que poderão acarretar. O fato dos enfermeiros serem nomeados como alguém a quem recorrer deve ser encarado como uma alavanca promotora da relação terapêutica, avaliando cada situação individualmente e adequadamente, tentando envolver a família ou a pessoa significativa neste processo de transição. É importante capacitar estas mulheres e ajudá-las na sua tomada de decisão quanto à escolha que pretendem fazer, com o menor impacto possível, na sua saúde emocional, reprodutiva, reconhecendo que a decisão de interromper uma gravidez, está envolta de conflitos de ordem pessoal, social, económica e moral.

Consideramos que este estudo apresentou limitações que se prenderam com o fato do número de participantes ser reduzido.

Salientamos, que se trata de um estudo descritivo, como tal pretende descrever as características de uma determinada realidade, não sendo possível a generalização dos resultados devido à sua natureza qualitativa, não obstante, permitiu-nos refletir acerca das vivências da IVG, sendo um contributo para os cuidados de enfermagem especializados prestados a estas mulheres.

Com estes dados podemos afirmar que as mulheres que recorrem a uma IVG encaram-na como única opção, mas o que está na sua génese é, maioritariamente, a falha da contraceção, independentemente das razões identificadas. Reconhecendo que a ação do EEESMO deverá ser no âmbito da prevenção do

aborto voluntário, na identificação dos problemas das mulheres ao nível da saúde reprodutiva, ajudando-as a encontrar estratégias de resolução individualizadas, apropriadas e mais eficazes que se enquadrem na dimensão do seu *empowerment*, na gestão dos seus projetos de saúde sexual e reprodutiva, no aumento da sua literacia em saúde. Bem como, trabalhar conjuntamente com entidades responsáveis no desenvolvimento de projetos para o desenvolvimento de políticas de educação sexual e reprodutiva que respondam às reais necessidades da população com ganhos de saúde pública, ganhos sociais e financeiros representativos.

Podemos focar alguns aspetos que consideramos essenciais, associando-os a algumas sugestões:

- Desenvolver estratégias conjuntas entre os cuidados de saúde primários, os hospitalares e a comunidade ao nível da prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, contraceção e adesão terapêutica;
- Trabalhar as necessidades reais das mulheres com vista a encontrar respostas ao nível da saúde sexual e reprodutiva adequadas às suas necessidades, tendo em atenção a multiculturalidade existente na população;
- Monitorizar, previamente, a saúde mental destas mulheres de forma a prevenir as respostas emocionais negativas posteriores à IVG, promovendo uma transição à nova etapa da sua vida ajustada e adequada. Para isso dever-se-á acompanhá-las desde a consulta prévia até ao período após a IVG, promovendo o suporte familiar e social mais adequado e ajustado;
- Possibilitar a acessibilidade a todos os métodos contraceptivos de forma gratuita;
- Proporcionar formação aos profissionais de saúde ao nível da contraceção, adesão terapêutica e acompanhamento emocional a estas mulheres que se encontram numa situação de vulnerabilidade acrescida;
- Desenvolver estudos primários que se debrucem sobre a adesão à contraceção e estudos similares ao realizado, mas com uma amostra mais significativa e em parceria com diferentes instituições de saúde em Portugal Continental e Ilhas.

## BIBLIOGRAFIA

- Alvarenga, A. T.; Schor, N. (1994). O Aborto: Um resgate histórico e outros dados. *Rev. Bras. Cresc. Dás. Hum.* IV (2).
- Archer, L., Biscaia, J., Osswald, W., Renaud, M. (2001). *Novos desafios da bioética*. Porto: Porto Editora.
- Azeredo, H. I. (2013). *Experiencia da realização de uma interrupção voluntária da gravidez (IVG). Dois anos depois*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Católica Portuguesa, Porto.
- Azevedo, K., R., Arrais, A. R. (2006). O mito da mãe exclusiva e seu impacto na depressão pós-parto. *Psicol. Reflex. Crit*, Vol.19 (2). Acedido em 01-05-2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010279722006000200013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010279722006000200013)
- Bardin, L (2015). *Análise de conteúdo*. (5ª ed) Edição revista. Lisboa: Edições 70.
- Bellieni, C. V.; Buonocore, G. (2013). Abortion and subsequent mental health. review of literature. *Psychiatry Clin Neurosci*, 67(5). 301-310. Doi: 1011/pcn.12067. Acedido em 30-04-2017. Disponível em: [http://abortionrisks.org/index.php?title=LongTerms\\_Effects\\_of\\_Abortion](http://abortionrisks.org/index.php?title=LongTerms_Effects_of_Abortion)
- Benute, G. R. G., Nomura, R. M.Y, Pereira, P. P., Lúcia, M. C. S., Zugaib, M. (2009). Abortamento espontâneo e provocado: ansiedade, depressão e culpa. *Ver. Assoc. Med. Bras.* Vol. 55, (3). Doi: org/10.1590/SO104-42302009000300027. Acedido em 14-05-2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302009000300027&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010442302009000300027&script=sci_arttext)
- Bernstein, H., & Weinstein, M. (2007). Normal pregnancy and prenatal care. In A. H. Decherney and T. M. Goodwin (Eds.), *Current Diagnosis & Treatment Obstetrics & Gynecology: Obstetrics & Gynecology* (187-202). New York: McGraw-Hill.
- Bíblia Sagrada. (s.d.). Difusora Bíblica. *Paroquias.org*. Acedido em 06-06-2016. Disponível em: <http://www.paroquias.org/biblia/>
- Bobak, I, Lowdermilk, D., Perry, S. (1999). *Enfermagem na maternidade*. (4ªed.). Loures: Lusociência.

- Bogdan, R.; Biklen, S. (2013). *Investigação qualitativa em investigação. Uma introdução à teoria e aos métodos*. (12ª ed.). Lisboa, Porto e Coimbra: Porto Editora.
- Borsari, CMG (2012). *Aborto provocado: vivencia e significado. Um estudo fundamentado na fenomenologia*. Tese de Mestrado em Ciências, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo. Acedido em 14-05-2016. Disponível em: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0ahUKEwikhcOn7rHUAhWJxRQKHbikBg8QFggnMAE&url=http%3A%2F%2Fwww.teses.usp.br%2Fteses%2Fdisponiveis%2F5%2F5139%2Ftde-20062012164737%2Fpublico%2FCristinaMendesGigliottiBorsari.pdf&usq=AFQjCNGvboL4IHZOXQRtJqEBossrQ4vHpw>
- Branden, P. S. (2000). *Enfermagem materno infantil*. (2ª ed.). Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores.
- Brier, N. (2004). Anxiety after miscarriage: a review of the empirical literature and implications for clinical practice. *Birth* (31) 138-142.
- Brito, J.H.S. (2007). *Ética das profissões*. Braga: Universidade Católica Portuguesa.
- Broen, A.N; Moun, T.; Bodtker, A.S.; Ekeberg, O. (2004). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal five-years follow-up study. *MBC Med*. 3 (18) Doi: 10.1186/1741-7015-3-18.
- Camara Municipal de Almada (2014). *Território e População/Retrato de Almada. Segundo os Censos de 2011*. Almada: Camara Municipal de Almada
- Câmara Municipal do Seixal (2012). *Diagnóstico social do concelho do seixal. Anos de referência. Dados estatísticos: 2009 ou o último disponível (entre 2001 e 2012)*. Seixal. Câmara Municipal do Seixal Acedido a 16/2/17. Disponível em: [http://www.cmseixal.pt/sites/default/files/documents/diagnostico\\_social\\_seixal\\_2013.pdf](http://www.cmseixal.pt/sites/default/files/documents/diagnostico_social_seixal_2013.pdf)
- Cameron, S. (2010). Induced abortion and psychological sequelae. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, Vol. 24 (5) 257-265.
- Canário, A.C. (2009). *Aspectos éticos e psicológicos do abortamento no casal*. Dissertação de Mestrado em Bioética. Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto. Acedido a 20-03-2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/22429/4/Dissertao%20de%20Mestrado%20ASPE>

[CTOS%20TICOS%20E%20PSICOLGICOS%20DO%20ABORTAMENTO%20N  
O%20CASAL%20Catarina%20Canrio%20Agosto%2009.pdf](#)

Carlson, B. (1999). *Human embryology and developmental biology*. (3ªed.). Philadelphia: Mosby

Chade, J. (11 de maio de 2016). Países que liberaram aborto têm taxas mais baixas de casos do que aqueles que o proíbem. *O Estadão de Saúde*. Acedido em 21-01-2017. Disponível em: <http://saude.estadao.com.br/noticias/geral,paises-queliberamabortotemtaxasmaisbaixasdecasosqueaquelesqueoproibem,10000050484>

Chibber, S.K; Biggs, M.A; Roberts, S, C.M., Foster, D. G. (2013). The role of intimate partners in women`s reasons for seeking abortion. *USA. WOMEN`S HEALTH ISSUES*, 24 (1), 131–138

Clinic Quotes (2017). Aborto, dignidade da mulher. Riscos psicológicos: efeito traumático pós-aborto. *Humanizando o Sexo*. Acedido em 30-04-2017. Disponível em: <https://projetohts.com/2017/04/06/riscos-psicologicos-efeitos-traumaticos-pos-aborto/>

Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry*, Vol. 199 (3) 180-186. Acedido em 06-05-2017. Disponível em: <http://bjp.rcpsych.org/content/199/3/180>

Collière. M. (1999). *Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel, Sindicato dos Enfermeiros Portugueses.

Cunhal, A. (1997). *O aborto. Causas e soluções*. Porto: Campo das Letras.

DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA MUNDIAL - *Princípios Éticos para a Investigação Médica em Seres Humanos* (outubro de 2013). Acedido em 21-01-2017. Disponível em: <http://ispup.up.pt/docs/declaracao-de-helsinquia.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2001). *Saúde Reprodutiva: Saúde Reprodutiva, Planeamento Familiar (Orientações Técnicas, 9)*. Acedido 20-05-2016. Disponível em: [http://www.arslvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/saude\\_reprodutiva\\_PF.pdf](http://www.arslvt.minsaude.pt/SiteCollectionDocuments/saude_reprodutiva_PF.pdf)

- Direção Geral da Saúde. (2007) *Interrupção da gravidez por opção da mulher: guia informativo*. Acedido 20-05-2016. Disponível em [http://www.portaldasaude.pt/nr/rdonlyres/45e9069c-d6e4-416f-aedd06b4b3ef7198/0/guiainformativoivg\\_dgs.pdf](http://www.portaldasaude.pt/nr/rdonlyres/45e9069c-d6e4-416f-aedd06b4b3ef7198/0/guiainformativoivg_dgs.pdf)
- Direção Geral da Saúde. (2009) *Relatório de Mortes Maternas em Portugal, 2001 – 2007*. Acedido 26-07-2017. Disponível em: [www.saudereprodutiva.dgs.pt/.../relatorio-das-mortes-maternas-2001-2007-pdf.aspx](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/.../relatorio-das-mortes-maternas-2001-2007-pdf.aspx)
- Direção Geral da Saúde. (2011) *Relatório de Análise das Complicações Relacionadas com a Interrupção Voluntária da Gravidez 2009 - 2010*. Acedido 26-07-2017. Disponível em: [www.saudereprodutiva.dgs.pt/.../relatorio-de-analise-das-complicacoes-relacionadas-c...](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/.../relatorio-de-analise-das-complicacoes-relacionadas-c...)
- Direção Geral da Saúde. (2015) *Relatório de Análise das Complicações Relacionadas com a Interrupção Voluntária da Gravidez 2013 - 2014*. Acedido 26-07-2017. Disponível em: [www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de.../relatorio-de-ig-dados-2015-pdf.aspx](http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/ficheiros-de.../relatorio-de-ig-dados-2015-pdf.aspx)
- Direção Geral da Saúde. (2015) *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez, ao abrigo do artigo 16/2007, de 17 de abril* – Dados referentes ao período de janeiro a dezembro de 2014. Acedido 20-06-2016. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interruptao-da-gravidez-2014-janeiro-a-dezembro-de-2014.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2016) *Relatório dos Registos das Interrupções da Gravidez – Dados de 2015*, Direção de Serviços de Prevenção da Doença e Promoção da Saúde. Acedido 20-04-2017. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/publicacoes/interruptao-da-gravidez/relatorio-de-registos-de-interruptao-da-gravidez-2014-janeiro-a-dezembro-de-2014.aspx>
- Direção Geral da Saúde (2015). *Revisão e extensão a 2020. Plano Nacional de Saúde*. Acedido 20-11-2015. Disponível em: <http://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5.wpengine.netdnacdn.com/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>



- Godinho, N. (2017). *Guia Orientador para a Elaboração de Trabalhos Escritos, Referências Bibliográficas e Citações. Normas APA e ISSO 690 (NP 405)*. Lisboa. Acedido em 03-04-2017. Disponível em: <http://www.esel.pt/NR/rdonlyres/5C89A04896014EB4BB7FDBB9CFEBE4A7/5298/Guia2016.pdf>
- Evans, A.T (2010). *Manual de obstetrícia*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Ferro, M. M (1999). *Na Rota da Pedagogia*. Lisboa: Edições Colibri.
- Fortes, A.F.A; Soane, A. M. N. C. (2012). *Diretrizes de metodologia científica para elaboração de projetos e trabalhos de conclusão de curso na EEWB*. Itajubá: Escola de Enfermagem Wenceslau Braz (EEWB). Acedido em 03-04-2017. Disponível em: <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&ved=0ahUKEwjKvvHy4bHUAhXDuRQKHe7SADQQFgghMAA&url=http%3A%2F%2Fwww.eewb.br%2FDownloads%2FMANUAL%2520DAS%2520DIRETRIZES%2520BASICAS%2520-%2520EEWB.doc&usg=AFQjCNFH4Rnq-bi22A5HalLEWbPzCIUDpQ>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. 3ª ed. Loures: Lusodidacta.
- Frois, D. (2012). *Atitude das grávidas face à interrupção voluntária da gravidez por malformação fetal*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, IPV/ESSViseu, Viseu. Acedido 13-05-2017. Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1684/1/FROIS%20Deolinda%20Ma%20Rodrigues%20Gon%C3%A7alves%20Silva%20%20Disserta%C3%A7ao%20mestrado.pdf>
- Galeotti, G. (2007). *História do aborto*. Lisboa: Edições 70.
- Gamanho, T. A. F. (2011). *Gravidez indesejada –interrupção voluntária da gravidez nas mulheres adultas e adolescentes das consultas da maternidade Dr. Alfredo da Costa – Aspectos sociais que influencias?*. Dissertação de Mestrado em Serviço Social e Políticas Sociais, U.L.H.T. Lisboa. Acedido 13-05-2017. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/5036>
- Gesteira, S.M.A.; Barbosa, V.L.; Endo, P.C. (2006). O luto no processo de aborto provocado. *Acta Paulista Enfermagem*. [online], Vol.19 (4) 462-467. Acedido 13-05-2017. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002006000400016&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010321002006000400016&script=sci_abstract&tlng=pt)

- Gil, A.C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5ªed. São Paulo: Editora Atlas.
- Graça, L.M (2000). *Medicina materno fetal*. (2ª ed.) Vol. 2. Lisboa, Porto e Coimbra: Lidel –Edições Técnicas.
- Harris, A. (2004). Supportive counseling before and after elective pregnancy termination. *Jornal of Midwifery & Women`s Health* Vol. 49 (2) 105-112
- Instituto Nacional de Estatística (2011). *Censos 2011 – Resultados Provisórios*. Lisboa: INE. Acedido em 21-03-2016. Disponível em: [www.censos.ine.pt](http://www.censos.ine.pt)
- Instituto Nacional de Estatística (2014). *Inquérito à fecundidade 2013*. Lisboa: INE. Acedido em 09-05-2016, disponível em: [https://www.ine.pt/ngt\\_server/attachfileu.jsp?look...att...n&attehttps://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_publicacoes&PUBLICACOESpub\\_boui=218611955&PUBLICACOEsmodo=2](https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look...att...n&attehttps://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=218611955&PUBLICACOEsmodo=2)
- Lei nº 6/84 de 11 de maio (1984). Exclusão de ilicitude em alguns casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da Republica I Série*, Nº 109 (11/5/1984) 1518-1519. Acedido em 16-06-2016. Disponível em: [http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/I\\_6\\_1984.pdf](http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2016/I_6_1984.pdf)
- Lei 3/84 de 24 de março (1984). Educação sexual e planeamento familiar. *Diário da Republica I Série*, Nº71 (24/3/1984) 981 – 983. Acedido em 16-06-2016. Disponível em: [www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/Lei\\_3\\_84.pdf](http://www.apf.pt/sites/default/files/media/2015/Lei_3_84.pdf)
- Lei 90/97 de 30 de julho (1997). Altera os prazos de exclusão da ilicitude nos casos de interrupção voluntária da gravidez. *Diário da Republica I Série A*, Nº 174 (30/7/1997) 3930-3931. Acedido em 16-06-2016. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/legislacao/interruptao-voluntaria-da-gravidez/lei-n-9097-publicado-a-30-de-julho.aspx>
- Lei 16/2007 de 17 abril (2007). Exclusão de ilicitude nos casos de interrupção voluntária de gravidez. *Diário da Republica I Série* Nº 75 (17/04/1997) 2417-2418. Acedido em 16-06-2016. Disponível em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/legislacao/interruptaovoluntariadagravidez/lei-n162007-publicado-a-17-de-abril.aspx>
- Lowdermilk, D. L. & Perry, S. E. (2008). *Enfermagem na maternidade*. (7ª ed.) Loures: Lusociência.

- Major, B.; Appelbaum M.; Beckman, L. Dutton, M.A.; Russo, N.F.; West, C. (2009). Abortion and mental health: evaluating the evidence. *American Psychology*. Vol. 64(9) 863-890.
- Major, B.; Cozzarelli, C; Cooper, L.; & Zubeck, J. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychology*. Vol. 77 (4) 735-734.
- Mayor, L. S. (2016). Definição da idade gestacional para classificação da perda gestacional. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (266). Lisboa: Lidel.
- Mayor, L. S. (2016). Aborto espontâneo. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (267-269). Lisboa: Lidel.
- Maldonado, MT. (1997). *Psicologia da gravidez: Parto e puerpério*. (17ª ed.) Petrópolis. Saraiva.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory. Middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Miller, W. B. (1992). An Empirical Study of the Psychological Antecedents and Consequences of Induced Abortion. *Journal of Social Issues*. Vol. 48 (3) 67-93. Acedido em 14-05-2017. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n3/v16n3a09.pdf>
- Missio, L; Falcão, L.L. (2011). Sentimentos Manifestados Por mulheres frente ao Aborto. *Ciências de Enfermagem em Tempos de Interdisciplinidade*. Trabalho 379. 1633-1636. Acedido em 21-10-2016. Disponível em [www.repositorio.ufc.br](http://www.repositorio.ufc.br)
- Monteiro, R. (2012). *A descriminalização do aborto em Portugal: Estado, movimentos de mulheres e partidos políticos*. Lisboa. I.C.S.U.L.
- Noya, A., Leal, I. P. (1998). Interrupção voluntária de gravidez: que respostas emocionais? Que discurso psicológico?. *Análise Psicológica*. 3 (XVI) 431 – 439.
- Nunes, L. (2009). *Ética em enfermagem. Fundamentos e horizontes*. Lisboa: Lusodidacta.
- Oliveira, L.A (2013). *Ética em investigação científica. Guia de boas práticas com estudos de caso*. Lisboa: Lidel.
- Oliveira, M. S.; Barbosa, I. C.; Fernandes, A. F. (2005). Razões e Sentimentos de Mulheres que Vivenciaram a Prática do Aborto. *Rev. Rene*. Vol. 6 (3) 23-30.

Acedido 20-11-2016. Disponível em: [http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13546/1/2005\\_art\\_msoliveira.pdf](http://www.repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/13546/1/2005_art_msoliveira.pdf)

Organização Mundial de Saúde (1977). Recommended definitions, terminology and format for statistical tables related to the perinatal period and use of a new certificate for cause of perinatal deaths. Modifications recommended by FIGO as amended October 14, 1976. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* (56) 247-253. Acedido 20-11-2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/560099>

Organização Mundial de Saúde (2013). Abortamento Seguro: Orientações Técnicas e de Políticas para Sistemas de Saúde. (2ªed.). OMS. Acedido 20-11-2016. Disponível em: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437\\_por.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/7/9789248548437_por.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011c). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde materna, obstétrica e ginecológica. OE. Acedido 20-11-2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/colegios/Documents/PQCEESaudeMaternaObstetricaGinecologica.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2005). Código Deontológico dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros. OE. Acedido 20-03-2015. Disponível em [www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/.../LivroCJ\\_Deontologia\\_2015\\_Web.pdf](http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/.../LivroCJ_Deontologia_2015_Web.pdf)

O'Reilly, B.; Bottomley, C.; Rymer, J. (2005). *Livro de Bolso de Ginecologia e Obstetrícia*. Loures: Lusodidacta.

Patrão, I.; King, G.; Almeida, M. (2008). Interrupção Voluntária da Gravidez: Intervenções psicológicas nas consultas prévia e de controlo. *Notas Didáticas*. Lisboa. Vol. 26 (2) 349 - 354. Acedido em 20-03-2015. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v26n2/v26n2a15.pdf>

Polit, D.F.; Beck, C.T.; Hungler, B.P. (2004). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. (5 ed.) Porto Alegre: Artmed.

Portaria n.º 741 - A/2007 de 21 de junho (2007). Legislação Sobre Interrupção Voluntária de Gravidez, *Diário da República I Série*, Nº118 (21/6/2007) 3936. Acedido em 16-06-2016. Disponível em: <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/legislacao/interruptao-voluntaria-da-gravidez.aspx>

- Portugal, C.M. (2009). *Os Dilemas Éticos e Deontológicos dos Profissionais de Saúde Face à Despenalização da Interrupção Voluntária da Gravidez*. Dissertação de Mestrado em Bioética, FMCP. Porto. Acedido em 20-06-2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/45189>
- Queirós, A. A (2011). *Ética e investigação*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Rebouças, M. S. S.; Dutra, E. M. S. (2011). Não Nascer: Algumas Reflexões Fenomenológicas. Existências sobre a história do aborto. *Psicologia em Estudo, Maringá*. (16) 419-428.
- Regulamento n.º 127/2011 de 18 de fevereiro (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica. *Diário da República 2.ª Série. N.º 35 (18-02-2011)* 8662-8666.
- Reis, C. (2017). Há menos abortos, menos reincidência e nenhuma mortalidade materna: 10 anos de IVG. *Expresso*. Acedido em 20-05-2017. Disponível em: <http://expresso.sapo.pt/multimedia/259/2017-02-09-Ha-menos-abortos-menos-reincidencia-e-nenhuma-mortalidade-materna-10-anos-de-IVG>
- Ribeiro, T. B.; Bolpato, M. B. (2013). Aborto Provocado: Consequências Físicas, Psicológicas e as Implicações para a Assistência de Enfermagem. Interdisciplinar. *Revista Eletrônica da Univar*. (1) 136-141. Acedido em 21-10-2016. Disponível em <http://revista.univar.edu.br>
- Rodrigues, A. S. N. (2009). *Impacto da interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal, numa gravidez seguinte*. Dissertação de Mestrado em psicologia, UNL/FPCE. Lisboa. Acedido em 14-05-2017. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2137/1/22258\\_ulfp034842\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2137/1/22258_ulfp034842_tm.pdf)
- Rogers, C. (1977). *Tornar-se pessoa*. (4ª ed.). Lisboa: Moraes Editores.
- Rousso D. et al.(2000). Induced abortion: a four-year experience at a University of a Gynecology Clinic. *Greece. Journal of Obstetrics and Gynaecology*. 20 (6), 618
- Santelli JS et al. (2006). An exploration of the dimensions of pregnancy intention among women choosing to terminate pregnancy or to initiate prenatal care in New Orleans, Louisiana. New Orleans, Louisiana. *American Journal Of Public Health*, 96 (11), 1541-0048.
- Santos, A. (2016). Interrupção da gravidez. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (281-283). Lisboa: Lidel.

- Santos, N. (2010). *Interrupção Voluntária da Gravidez, Satisfação Conjugal e Apoio Social: Que Impacto?* Dissertação de Mestrado em Psicologia, UNL. Lisboa. Acedido em 13-05-2017. Disponível em: [http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2516/1/ulfp035865\\_tm\\_tese.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/2516/1/ulfp035865_tm_tese.pdf)
- Sedgh, G. et al (2016). Abortion incidence between 1990-2014: global, regional and subregional levels and trends. *The Lancet*, 388 (10041) 258-267 DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30380-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30380-4). Acedido em 13-05-2017. Disponível em: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS01406736%2816%2930380-4/abstract>
- Sell, S.E. et al. (2015). Motivos e significados atribuídos pelas mulheres que vivenciam o aborto induzido: Revisão integrativa. *Journal of School of Nursing. University of São Paulo*. Vol. 49(3) 502-508. Acedido em 13-05-2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt\\_0080-6234-reeusp-49-03-0502.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n3/pt_0080-6234-reeusp-49-03-0502.pdf)
- Sell, S. E. (2013). *O mundo da Vida das Mulheres que Induziram o Aborto: Um estudo Fenomenológico Social*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, UFSC. Florianópolis. Acedido em 14-05-2017. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/107138/317810.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Silva, J.P.L.; Araújo, M.Z (2011). O Olhar Reflexivo sobre o Aborto na Visão da Enfermagem a Partir de uma leitura de Gênero. *Revista Brasileira de Ciências de Saúde*. Vol.14 (4) 19-24.
- Silva, E. F.; Trevisan, D.C.; Lorenzini, E.; Pruss, A.C.; Strapasson, M.R.; Bonilha, A.L. (2015). Atenção à Mulher em Processo de Abortamento Induzido: A Percepção de Profissionais de Enfermagem. *Revista de Enfermagem da UFSM*. Vol. 5 (3) 454-464.
- Soares, M. C. S. et al. (2012). Práticas de Enfermagem na Atenção às Mulheres em Situação de Abortamento. *Revista Rene*. Vol.13 (1) 140-146.
- Sociedade Portuguesa de Contraceção e Sociedade Portuguesa de Ginecologia (2015). *Avaliação das Práticas Contracetivas das Mulheres em Portugal*. Sociedade Portuguesa de Contraceção e Sociedade Portuguesa de Ginecologia.



- Sousa, L. G. (2016). Tipos de interrupção da gravidez. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (284-285). Lisboa: Lidel.
- Sousa, L. G. (2016). Métodos de interrupção da gravidez. In M. Néné, R. Marques e M. A. Batista (Coords). *Enfermagem de saúde materna e obstetrícia* (287-290). Lisboa: Lidel.
- Souza, F. N (2014). Tipologia e Codificação de Dados Corpus Latente na Internet. *Internet Latent Corpus Journal*. Vol. 4 (2). Acedido em 16-06-2016. Disponível em: <http://revistas.ua.pt/index.php/ilci/index>
- Souza, S. N.; Diniz, N. M. (2011). Aborto provocado: o discurso das mulheres sobre suas relações familiares. *Texto Contexto Enfermagem*. Vol. 20 (4) 742-750. Acedido em 01-05-2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n4/13.pdf>
- Streubert, H.J.; Carpenter, R.D. (2013). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. (5ªed.) Loures: Lusodidacta.
- Taylor, B.; Francis, K. (2013). *Qualitative research in the health sciences: Methodologies, methods and processes*. USA and Canada: Routledge.
- Teodoro, F. J. M. (2007). *Aborto eugénico: delito qualitativo pelo preconceito ou discriminação*. Curitiba: Editora Juruá.
- Torres, José H. (2012). Aborto e Legislação comparada. Para onde devemos ir? *Ciência e Cultura* Vol. 64 (2). Acedido em 20-03-2016. Disponível em: <http://cienciaecultura.bvs.br/pdf/cic/v64n2/a17v64n2.pdf>
- Vieira, L.M.; Goldberg, T.B.L.; Saes, S.O.; Doria, A.A.B. (2010). Abortamento na adolescência: da vida à experiencia do colo vazio. Um estudo qualitativo. *Ciência Saúde Coletiva*. 15 (sup.12) 3149-3156
- Vilelas, J. (2009). *Investigação. O processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Woden, J. W. (2009). *Grief Counseling and Grief Therapy: A handbook for the mental health practitioner*. (4ª ed.) New York: Springer Publishing.

## **ANEXOS**



**Anexo I. Autorização para a realização do estudo no HGO, EPE**



Comissão de Ética

## RELATÓRIO DA COMISSÃO DE ÉTICA

**Assunto:** Parecer sobre o pedido de Projecto de Dissertação de Mestrado intitulado “Interrupção Voluntária de Gravidez: o porquê desta escolha”

O estudo acima referido tem como objectivo geral conhecer as vivências das mulheres em processo de IVG e nesse sentido promover intervenções mais adequadas às suas necessidades

Trata-se de um estudo observacional, baseado numa entrevista, no âmbito de uma tese de mestrado.

Constam ainda do processo:

- Identificação do requerente e resumo do Curriculum Vitae do Investigador Principal.
- Designação dos locais de realização do mesmo – consulta de GND do HGO
- Parecer favorável do respectivo Director do Serviço de Ginecologia e Obstetria:
- No que respeita à confidencialidade, os dados são anonimizados e é garantido que não é possível associar as respostas aos respectivos inquiridos
- Tem declaração de consentimento informado, mas não tem folha de consentimento escrito
- O autor garante a confidencialidade dos dados
- Não tem protocolo financeiro, mas presume-se que não terá custos para o hospital

Do ponto de vista ético não vemos qualquer obstáculo ao início do estudo.

A Comissão de Ética

Dra. Natália Dias  
Data – 28-11-2016

CA  
CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO  
ACTA A  
31/10/2016

2016.10.08  
Dr. Daniel Bicho  
Presidente do Conselho  
de Administração

C.G.O. 411/2016  
ENTRADA: 28.10.2016  
SAÍDA:  
ASSIN: [assinatura]

[assinatura]  
Lourdes BARTOS  
Vogal do Conselho de Administração

Ao Ex.º Sr. Presidente do Conselho de Administração  
do Hospital Garcia de Orta, EPE

Sara Elisabete Cavaco Palma, Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica a exercer funções de especialista no Serviço de Consultas Externas de Obstetria, do HGO, EPE a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, no âmbito do estudo conducente à Dissertação da Tese de Mestrado intitulada: "Interrupção Voluntária da Gravidez: O Porquê Desta Escolha", sob orientação da Professora Doutora Maria Helena Carvalho Valente Presado, vem requerer autorização para a realização de entrevistas, junto das utentes/clientes da Consulta Externa de Obstetria (Consulta de Gravidez Não Desejada - após a consulta no dia do procedimento) desta Instituição, no primeiro trimestre de 2017.

Odete Neves  
Enfermeira Diretora

Para melhor avaliação segue em anexo o guião de entrevista.

Consideramos que os resultados deste estudo poderão ser uma mais valia para a Instituição, pois permitirão aos profissionais de saúde conhecer as vivências das mulheres em processo de IVG e nesse sentido promover intervenções mais adequadas às suas necessidades.

Não obstante, os dados recolhidos através das entrevistas serão destruídos após a colheita de informação garantindo os princípios éticos do anonimato e confidencialidade.

Agradeço desde já a vossa resposta.

Atenciosamente, Peço Deferimento

[assinatura]  
Mrs. Paula Bicho  
Diretora Clínica

Sara Elisabete Cavaco Palma

Sara Elisabete Cavaco Palma

Almada, outubro de 2016

## **APÊNDICES**

## **Apêndice I. Cronograma**

Etapas do Estudo	março 2016		abril		maio		junho		julho		setembro		outubro		novembro		dezembro		janeiro 2017		fevereiro		março		abril		maio		junho		julho		
	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1ª Q	2ª Q	1ª Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	1º Q	2ª Q	
Pesquisa Bibliográfica/Elaboração da Scripting Review	■	■					■																										
Elaboração Projeto de Dissertação		■	■	■	■	■	■	■	■																								
Entrevistas de Orientação		■		■	■		■	■		■	■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		■		
Elaboração do instrumento de coleta de dados e aplicação do pré-teste					■	■	■																										
Aprovação do Projeto de Dissertação					■	■																											
Entrega do Projeto de Dissertação									■	■																							
Pedido de autorização por parte da administração do INIO, L.P.													■																				
Elaboração da Dissertação			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Aplicação do instrumento de coleta de dados																		■															
Aprovação e Análise dos dados recolhidos																			■	■	■	■	■	■	■	■							
Discussão dos Dados																				■	■	■	■	■	■	■	■	■	■				
Conclusões e Sugestões																													■	■			
Defesa Pública da Dissertação																															■	■	
Pesquisa Bibliográfica	■	■			■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■

## **Apêndice II. Guião de Entrevista**

## **Guião de Entrevista da Dissertação “Interrupção Voluntária De Gravidez: o porquê desta escolha...”**

### **Caraterização Pessoal**

Número de Entrevista

**1- Idade:**

**2 - Nacionalidade:**

**3 - Estado civil:**

**4 - Vive em casal:**

**5 - Concelho de Residência:**

**6 - Religião:**

**7 - Nível de Instrução concluído:**

Sabe ler sem ter frequentado a escola	
1º ciclo do ensino básico	
2º ciclo do ensino básico	
3º ciclo do ensino básico	
Ensino secundário	
Bacharelato	
1º ciclo do ensino superior (Licenciatura)	
2º ciclo do ensino superior (Mestrado)	
3º ciclo do ensino superior (Doutoramento)	

**8 - Situação Laboral:**

**9 - Número de filhos (IO):**

**10 – Número de IVG:**

**11 - Consulta de PF, no último ano: Sim**

**Não**



**12 - Quais os métodos contraceptivos conhecidos:**

Abstinência periódica/Autocontrolo	
Métodos naturais	
Barreira - P. Masculino	
Barreira - P. Feminino	
Hormonal Oral	
Hormonal Injetável	
Hormonal Implante	
Cutâneo	
SIU	
DIU	
Anel Vaginal	
Contraceção Cirúrgica	
Contraceção de Emergência	
Espermicida	

**13 - Fonte de Informação:**

Amigos	
Familiares	
Professores (escola)	
Comunicação social	
Farmacêutico	
Enfermeira	
Médico	

Tópicos Gerais/Temas	Tópicos Específicos	Instrução
<b>Posicionamento relativamente à IVG</b>	1 - Pode falar-me que circunstâncias da sua vida a levaram a realizar a IVG?	<p>1- Motivos que a levaram a fazer uma IVG?</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Idade;</li><li>• Profissão;</li><li>• Condições socioeconómicas;</li><li>• Relação instável/inexistente;</li><li>• Estudos;</li><li>• Atrapalha o futuro;</li><li>• Gosto de manter a minha independência;</li><li>• Sem projeto de maternidade (não querer ser mãe);</li><li>• Não foi algo planeado;</li><li>• Sem estrutura emocional;</li><li>• Não desejo ter (mais) filhos;</li><li>• Não ser capaz de assumir essa responsabilidade;</li><li>• Influência de outros (familiar/companheiro/família não iria compreender);</li><li>• Poucos apoios sociais e familiares. Estou só;</li><li>• Penso na IVG, porque me considero pouco informada acerca das alternativas sociais;</li><li>• É a única solução.</li></ul> <p>Fonte: Adaptado da Escala de Atitudes da Mulher Face à IVG (Fernandes, 2014)</p>
<b>Suporte Social</b>	<p>2 - Quem a ajudou nesta tomada de decisão?</p> <p>3 - Quem foi a 1ª pessoa a dizer que estava grávida e que pretendia interromper a gravidez?</p>	<p>2 - Qual a fonte na tomada de decisão e redes de apoio</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Amigo/s;</li><li>• Companheiro/marido/progenitor;</li><li>• Mãe;</li><li>• Professor;</li><li>• Empregador;</li><li>• Enfermeiro;</li><li>• Médico;</li><li>• Ninguém;</li><li>• Outro</li></ul> <p>3 - Fontes de Apoio</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Amigo/s;</li><li>• Companheiro/marido/progenitor;</li><li>• Mãe;</li><li>• Professor;</li><li>• Empregador;</li><li>• Enfermeiro;</li></ul>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Médico;</li><li>• Ninguém;</li><li>• Outro.</li></ul>
<b>Suporte Emocional</b>	4 - Como se sentiu ao contar?	4 – Sentimentos <ul style="list-style-type: none"><li>• Recriminada;</li><li>• Julgada;</li><li>• Culpada;</li><li>• Envergonhada;</li><li>• Aliviada;</li><li>• Satisfeita;</li><li>• Compreendida;</li><li>• Apoiada.</li></ul>
	5 - Como se sentiu ao tomar esta decisão?	5 - Sentimentos <ul style="list-style-type: none"><li>• Ambivalência;</li><li>• Medo;</li><li>• Culpa;</li><li>• Vergonha;</li><li>• Alívio;</li><li>• Castigo Divino;</li><li>• Tristeza.</li></ul>
	6 - Como se sentiu com a decisão tomada?	6 – Sentimentos <ul style="list-style-type: none"><li>• Feliz;</li><li>• Retomar a minha vida;</li><li>• Triste;</li><li>• Culpada;</li><li>• Castigo Divino;</li><li>• Não sei se consigo que esta situação seja esquecida.</li></ul>

### **Apêndice III. Informação Relativa ao Estudo**

## **INFORMAÇÃO SOBRE O ESTUDO**

**Título do Estudo** Interrupção Voluntária de Gravidez: o porquê desta escolha...”

**Investigador:** Sara Palma (Enfermeira Especialista em Saúde Materna, Obstétrica e Ginecológica)

**Contatos:** xxxxxxxxxxxxxx

Esta pesquisa tem como objetivo compreender as vivências das mulheres a optar por uma em processo de interrupção voluntária de gravidez. Embora exista um grande avanço ao nível do planeamento familiar, da eficácia dos métodos contraceptivos e da sua acessibilidade, continua a haver gravidezes não desejadas. O aborto, seja ele espontâneo ou induzido, acarreta repercussões emocionais, físicas e também sociais.

Para propor e introduzir mudanças estruturais, com cuidados de enfermagem especializados adequados e políticas de saúde apropriadas e ajustados às necessidades das mulheres e à prevenção da ocorrência de abortos, é necessário conhecer as vivências que as levam a optar por interromper a gravidez de forma voluntária, só desta forma poderemos compreender as razões que estão na sua génese, conduzindo a melhorias significativas na sua saúde reprodutiva, com implicações sociais e económicas.

Gostaríamos que desse o seu contributo para esta pesquisa através da resposta a uma entrevista.

**Descrição do Estudo:** As mulheres serão contactadas no dia do procedimento, na consulta de GND.

Nessa altura serão averiguadas sobre a possibilidade de participar no estudo. Ser-lhe-ão explicadas todas as características do estudo, dando-lhe possibilidade de colocar as questões que considera fundamentais. Posteriormente, sendo dada a anuência em participar, será aplicado o instrumento de colheita de dados, após a consulta médica, num gabinete próprio, que não permita interrupções.

O instrumento de colheita de dados, constitui-se por uma entrevista semiestruturada e poderá demorar até 20 minutos.

**Confidencialidade:** A confidencialidade e o anonimato de cada entrevista estão assegurados, não sendo possível associar as respostas com os respetivos inquiridos. Os dados recolhidos serão guardados e destruídos no final da pesquisa.

**Riscos e desconfortos:** Os riscos indiretos que podem advir da participação no estudo prendem-se com reações emocionais, que poderão surgir, ao serem questionadas sobre a IVG.

Benefícios imediatos: A entrevista poderá levar as inquiridas a sentirem-se compreendidas e escutadas. A informação recolhida e os dados da investigação poderão ajudar a estabelecer novas formas de atuação junto desta população.

Custos de participação: Não existem custos de despesas pessoais na sua participação.

Os resultados deste estudo serão utilizados apenas para o fim a que se destinam.

Base de participação: A participação neste estudo é livre e voluntária, se não estiver interessada em participar não existirá qualquer prejuízo na assistência que lhe é prestada. É de extrema importância que responda com a maior sinceridade a todas as questões efetuadas e não da forma que julga que deveria responder.

Se sentir-se desconfortável, podemos suspender a entrevista sem prejuízo do seu atendimento nesta Instituição

## **Apêndice IV. Consentimento Informado**

## **Declaração de Consentimento**

Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial  
(Helsínquia 1964, Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)

Número de entrevista

Eu, abaixo-assinado (nome completo da participante) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca da investigação supracitada, que se pretende realizar, bem como a do estudo em si. Foi-me dada a oportunidade de colocar as questões que considere necessárias, obtendo resposta satisfatória a todas.

Tomei conhecimento de que a informação ou explicação que me foram prestadas volveram os objetivos, os métodos. Foi-me transmitido que tenho o direito de recusar a qualquer momento a participação no estudo, sem que isso tenha repercussões no meu atendimento. Igualmente foi-me garantido o anonimato e a confidencialidade dos dados por mim fornecidos.

Aceito colaborar no estudo supracitado, assinando o consentimento de forma livre e esclarecida.

Data: / / .

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do Investigador: \_\_\_\_\_



## **Apêndice V. Análise de Conteúdo**

**TEMA:** Vivências das Mulheres em Processo de Interrupção Voluntária de Gravidez

**CATEGORIA** Motivações (causas) que Poderão Conduzir a Mulher a uma IVG

SUBCATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO	UE
Motivos Relacionados com os Filhos	Filhos Suficientes	“Já tenho dois” (E1, E3, E10, E16, E20, E21, E23)	8
		“era impossível ter mais filhos” (E1, E10)	2
		“Não pretendo ter mais filhos” (E8, E21)	2
		“Já tenho três filhos” (E 11)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>13</b>
	Filhos Pequenos	“E o meu filho ainda é muito pequenino” (E5, E13, E16, E18, E21, E22)	6
		“Já tenho dois filhos um deles com desaseis meses” (E3)	1
		“acabei de sair da licença de maternidade... e estar novamente grávida” (E4)	1
		“Provavelmente se não tivéssemos um filho tão pequeno e que veio de uma forma tão ponderada, pois estava a sair de um tratamento a um linfoma. Toda a gravidez foi entre nós e a equipa que nos seguia no IPO [novo acesso de lagrimas]. Está a ver é tudo muito em cima” (E9)	1
		“E é muito cansativo ter um filho pequenino e o meu vale por dois ou três” (E18)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>10</b>
Sem Projeto de Maternidade	Não Foi Algo Planeado	“não foi planeada” (E5, E8, E19, E25)	5
		“e esta gravidez veio sem estarmos à espera” (E1, E6, E10)	3
		“Não estava à espera desta gravidez” (E10, E24)	2
		“Não estava a contar nada com esta gravidez” (E21, E21)	2
		“Não conjecturei em ter este filho” (E12)	1
		“Outro filho, não estava nos nossos planos nesta altura” (E22)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>14</b>
	Muito Jovem Para Ter Filhos	“Ainda sou muito nova, posso esperar. Não posso parar a minha vida neste momento para ter outro filho” (E18)	1
		“Ainda só tenho vinte e dois anos e ele também” (E24)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>2</b>
	Cansaço da Progenitora	“Tenho uma vida muito difícil [pausa]. O meu marido já está há alguns anos na Bélgica ... eu cá a cuidar dos filhos sozinha” (E8, E16)	3
		“E a carga é toda nossa” (E13, E18, E20)	3
		<b>Subtotal</b>	<b>6</b>
	Sem Planos em Constituir Família	“O meu companheiro disse-me, “mas tu não queres ter?” Não. Porque eu é que paro tudo na vida, eu é que fico sempre sem trabalho. É muito trabalho para mim.” (E18)	2
		“Que me ocupa muito tempo” (E3)	1
		“E não me sinto com forças nem com saúde para ter mais filhos” (E8)	1
		“Aí, não! Se me perguntar se estou a ser egoísta se estou a pensar em mim e na minha menina pois que seja, mas tenho a certeza que não ia dar vazão e iria, iria acabar por não ter um ponto de equilíbrio” (E13)	1
		“Um é fácil, mas dois [nova pausa no discurso] é muito cansativo.” (E18)	1
		“Eles todos queriam, mas eu não quero porque é tudo para cima de mim e acho que não é a altura indicada para ter outro filho” E18	1
		“com os meus horários de trabalhos o tratar do bebé. Sabe, ando tão cansada” (E22)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>8</b>

(continua)

(cont.)

SUBCATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO	UE
Conhecimento Ineficaz Sobre Contraceção	Incapacidade em Utilizar Contraceção de Modo Eficaz	“foi [descuido] nosso, irresponsabilidade porque só estávamos [a ter cuidado] e não utilizava outro método contracetivo” (E1, E6, E8, E10, E14, E16, E17)	9
		“que as vezes esqueço-me de toma-la [pausa no discurso]” (E4, E22, E23, E23)	
		“A minha toma da pilula era completamente irregular. Eu me desregulava muito com as tomas, me esquecia” (E19)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>15</b>
	Poucos Conhecimentos Sobre Contraceção	“Mas já percebi que é difícil para mim a pilula e os horários. O meu médico já me falou de por aquilo no braço, acho que será uma solução. Estou à espera que isto acabe para tratar disso, depois tenho de lá ir para ver como fazer” (E17, E24)	2
		“deve ter sido numa altura em que estive com uma infeção num dente e tive de fazer antibiótico, só vejo esta maneira” (E5, E13)	2
		“Tenho um problema de saúde, a minha médica de família disse-me que não podia dar-me pilula por causa da tensão alta. Ela disse-me que estava à espera de me mandar para cá [Hospital] para me porem o aparelho” (E11)	1
		“Tinha deixado de tomar a pilula da amamentação, porque queria por o DIU e foi nessa altura. Quando o fui para por já estava grávida” (E21)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>6</b>
Condições Socioeconómicas	Condições Socioeconómica Instáveis	“As condições não o permitem. As despesas são muitas” (E5, E6, E7, E11, E12, E18, E22)	8
		“Ainda vivemos na casa dos nossos pais” (E2, E12, E24, E25)	5
		“Mas não tenho condições agora, não lhe posso dar as condições de vida normais e esperadas para uma criança” (E3, E5, E14, E16)	4
		“E depois o dinheiro da creche. Eu pago quase 200 euros da creche que é publica ... e eu quero dar o melhor para ela, eu sei que [onde come um comem dois], mas nós hoje queremos mais para os nossos filhos e isso não basta, principalmente a esta que está cá (...) quem sabe daqui a três ou quatro anos” (E13)	2
		“Neste momento não podemos ter mais filhos, não temos condições para isso, o dinheiro é curto e precisamos os dois de trabalhar” (E17)	1
		“Estou a trabalhar, mas o que ganho é tão pouco que mal dá para mim quanto mais para uma família casa, luz e essas coisas. Uma criança precisa de mais e nesta altura não me estou a ver cuidar de uma” (E24)	1
		“Já tive a minha independência, casa própria, emprego e agora não. Além disso estou a estudar e dependo totalmente das ajudas da minha mãe. O meu namorado está a terminar o curso, tem um emprego que cobre algumas das suas despesas e vive num apartamento que partilha com alguns colegas de curso” (E25)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>22</b>
	Situação Profissional Irregular	“Eu gostava de ter mais um filho. Para mim, claro que gostava de ter mais um filho, mas estou sem trabalho, mas a verdade é que não posso mesmo” (E5, E7, E13, E16)	5
		“não tenho um ordenado fixo, sou esteticista e ganho conforme trabalho, o meu namorado também não tem uma situação financeira muito estável” (E2)	1
		“E ainda para mais estou desempregada [pausa no discurso]. Se fosse daqui a dois ou três anos, talvez” (E3)	1
		“As coisas são diferentes e devido à situação que eu estou, que estou desempregada e o ano passado estava empregada” (E18)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>8</b>
	Poucos Apoios Sociais	“E não tenho condições para suportar um bebé sozinha” (E6)	1
		“Já fiz dois abortos, os motivos são sempre os mesmos, o dinheiro que é pouco, as ajudas são poucas e depois tenho hipertensão” (E23)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>2</b>
	Ser a Única Solução	“Esta decisão foi pensada, tenho dois filhos e é neles que penso. A minha sogra disse-me [onde comem dois comem três], mas nós sabemos que hoje em dias as coisas não funcionam desse jeito. É a única solução que vejo neste momento” (E3)	1

(continua)

(cont.)

SUBCATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO	UE	
Relacioname nto Instável	Situação conjugal não estabelecida	“Gostaria de casar primeiro, construir a minha casa e só depois construir a minha família” (E2)	1	
		“Gostava de ter a minha vida organizada para um dia poder receber uma criança. Nada como isto, que começou tudo ao contrário” (E12)	1	
		“ter uma criança numa altura destas era mesmo muito complicado” (E14)	1	
		Subtotal	3	
	Relação Instável Inexistente	“Eu e o meu namorado, ou antes ex-namorado separamo-nos quando eu engravidei” (E6, E15, E19)	4	
		“Como é que fui capaz de fazer o que fiz. Sabe não foi por falta de informação, não foi por estar alcoolizada, por estar sobre o efeito de estupefacientes ou por ser adolescente [risos tristes], por não ter conhecimento de métodos contraceptivos, nada disso, tenho 28 anos, um mestrado quase concluído, sempre fui aquilo que chamam “bem comportadinha” e olhe deixei-me levar por alguém que eu sabia que não valia [nada]” (E12)	3	
		“O nosso relacionamento é ainda recente” (E24)	2	
		“Porque sabia que a nossa relação era [uma treta]” (E6, E15)	2	
		“Quando soube desta descoberta, contei-lhe e a sua resposta foi de que não era a primeira vez que se via confrontado com uma situação desta natureza e que era fácil de resolver” (E12)	1	
		“De repente descobri que o meu príncipe era um sapo e não podia trazer um bebé ao mundo desse jeito” (E19)	1	
		“Vim para Portugal há um ano tentar uma vida melhor, deixei os meus meninos com os meus pais e me aconteceu isso com uma pessoa que eu pensava ser certa, mas que descobri que consumia cocaína. Assim não dá [começa a falar com os olhos marejados de lagrimas]” (E19)	1	
		Subtotal	14	
		Sem Suporte emocional	“Eu não consigo, não tenho capacidade emocional para tal” (E6, E12)	2
			“Não estou preparada psicologicamente” (E13)	1
	“Acho que a sociedade em que nós vivemos olha muito de lado para mães jovens, que ainda estão a estudar e não sei até que ponto é que há apoios para isso e como consigo lidar” (E14)		1	
	“E na minha família nunca ia ser aceite ter um filho nestas condições. Para eles, para a nossa educação, primeiro tenho de casar e só depois é que se pode pensar em ter filhos” (E14)		1	
	“Se volto para o Brasil grávida os meus pais me matam e pretendo voltar já no início de fevereiro. Já tenho passagem aérea e tudo” (E19)		1	
	Subtotal		6	
	Total da Categoria			130

## CATEGORIA      Sentimentos Subjacentes à Realização da Interrupção Voluntária de Gravidez

SUBCATEGORIA	INDICADOR	UNIDADE DE REGISTO	UE
Sentimentos na Partilha da Vontade de Realizar a IVG	Ansiedade	<i>“É isso provoca-me ansiedade”</i> (E8)	1
		<i>“Desde que soube que estava grávida que tem sido um pesadelo”</i> (E17)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>2</b>
	Ambivalência	<i>“Inicialmente foi um choque para ele”</i> (E1, E10)	2
		<i>“Ambivalente”</i> (E4)	1
		<i>“São muitas horas sem dormir, pensei muito em todas as hipóteses, coloquei tudo nos pratos da balança”</i> (E7)	1
		<i>“As vezes olhamos para o nosso filho e pensamos que se viesse outro como ele, lindo”</i> (E9)	1
		<i>“Tento mostrar-me racional, mas até estar aqui existe sempre o conflito de duas partes o meu emocional com o meu racional. Esta é a verdade nua e crua”</i> (E10)	1
		<i>Provavelmente se não tivéssemos um filho tão pequeno e que veio de uma forma tão ponderada, pois estava a sair de um tratamento a um linfoma. Toda a gravidez foi entre nós e a equipa que nos seguia no IPO [novo acesso de lágrimas]. Está a ver é tudo muito em cima”</i> (E9)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>7</b>
	Dúvida	<i>“com algumas duvidas na decisão”</i> (E4, E9)	2
	Decisão Dificil	<i>“Inicialmente é sempre difícil, e mesmo até ao dia de hoje [nova inspiração profunda]”</i> (E10, E14, E16)	3
		<i>“É complicado”</i> (E14)	1
		<i>“No centro de saúde também me fizeram essa pergunta. Acho que qualquer mulher não se deve sentir indiferente a uma situação destas, ainda para mais porque sempre quis ser mãe”</i> (E22)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>5</b>
	Culpa	<i>“É uma enorme culpa”</i> (E7, E8, E9)	4
		<i>“e culpada”</i> (E8, E12)	2
		<i>“Eu não quero que me vejam como se estivesse a tomar esta decisão de animo leve, mas (nova pausa)”</i> (E4)	1
		<i>“É um ser vivo, quando fiz a eco [pausa no discurso], é um ser vivo que ali está a crescer dentro de mim e tem fome e vai crescendo e eu vou matar uma criança [e quando diz isto, eleva a voz]”</i> (E7)	1
		<i>“Não posso dizer que fiquei indiferente [refere-se à IVG realizada anteriormente] porque isso não é verdade, não existe dia em que não me lembre, principalmente quando olho para o rosto dos meus filhos”</i> (E9)	1
		<i>“Quando sai do gabinete do médico parece que o ar não me chegava aos pulmões só queria correr e chorar [ficou a olhar para mim fixamente]”</i> (E12)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>10</b>
	Julgada	<i>“Que não me julgassem. Como se o que estivesse a fazer fosse fácil.”</i> (E4, E9)	2
		<i>“Como me senti? Quando contei acho que me julgaram.”</i> (E17)	1
		<i>“O mesmo não poderei dizer de quem me realizou a ecografia. Embora fosse do seu [médico] conhecimento que a eco serviria para uma IVG, tive a sensação que estava a realiza-la com o intuito de me castigar ou demover da minha vontade pois virava o ecrã para o lado onde eu estava deitada, e colocada o som sonoro várias vezes para se ouvir. Eu tenho a minha decisão tomada, para mim foi um ato malicioso. Senti vontade de fugir”</i> (E12)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>4</b>
	Recriminada	<i>“Senti-me reclinada”</i> (E4, E7, E9)	3
	Abandono	<i>“É o abandono”</i> (E6)	1
	Vergonha	<i>“Senti-me envergonhada”</i> (E6, E8, E11, E12, E24)	6
		<i>“sinto vergonha pois já não é a primeira vez”</i> (E10, E16, E20)	3
		<b>Subtotal</b>	<b>9</b>
	Tristeza	<i>“Senti muita coisa, tristeza, revolta..., devido ao que aconteceu o ano passado [refere-se a um aborto espontâneo, no primeiro trimestre. Embora resultante de uma gravidez não planeada estava a ser aceite]”</i> (E18)	1
		<i>“Mal, porque onde come um também comem dois ou três, mas depois penso no outro lado na maneira de pensar [crises de choro]”</i> (E18)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>2</b>
	Enganada	<i>“Enganada”</i> (E6)	3
	Ansiedade	<i>“Ansiedade”</i> (E3)	1
		<i>“Sinto-me ansiosa”</i> (E3)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>2</b>

(cont.)

SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADE DE REGISTO	UE
Sentimentos na Decisão de Realizar a IVG	Ambivalência	<i>“Fiquei completamente em choque, só pensava e o que é que vou fazer agora”</i> (E2)	1
		<i>“Com isto tudo, ambivalente”</i> (E4)	1
		<i>“A pensar sempre no mesmo, faço não faço”</i> (E5)	1
		<i>“Quando se toma a decisão, pronto, é esta e segue-se em frente, mas até lá...”</i> (E10)	1
		<i>“Porque eu sempre quis ser mãe e é uma coisa que eu quero muito”</i> (E14)	1
		<i>“Tenho sentido uma mistura de sentimentos, de tudo um pouco [entre lágrimas] não esperava passar por uma situação destas”</i> (E15)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>6</b>
	Medo	<i>“Cheia de medo”</i> (E2, E19)	3
		<i>“Medo de não poder ter mais filhos, mas vocês já me tranquilizaram um pouco relativamente a esse aspeto”</i> (E12, E13, E17)	3
		<i>“Aterrorizada. Como me senti? Nem queria acreditar”</i> (E2)	1
		<i>“Penso se por acaso o fato de estar a fazer outro aborto pode prejudicar o meu corpo”</i> (E25)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>8</b>
	Evitamento	<i>“Porque quero que esta situação termine”</i> (E3)	1
		<i>“Não quero pensar muito [respira fundo], sei que tenho de o fazer”</i> (E4)	1
		<i>“Andei a adia-la como se não estivesse a acontecer”</i> (E15)	1
		<i>“Por isso tento por as emoções de parte e pensar que é isto que tem de ser feito”</i> (E25)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>4</b>
	Processo Difícil	<i>“Inicialmente é sempre difícil”</i> (E1, E8, E14, E16)	5
		<i>“É uma decisão muito dura, mas têm de ser vistas as coisas desta maneira”</i> (E5)	1
		<i>“Parece que o mundo conspira contra nós”</i> (E7)	1
		<i>“Não poderei dizer que é de todo fácil ou algo indiferente”</i> (E10)	1
		<i>“Sinto-me mal”</i> (E13)	1
		<i>“Como lhe disse e tem sido muito complicado”</i> (E14)	1
		<i>“Ponderei muito [inspiração profunda, voz embargada, lágrimas]”</i> (E15)	1
		<i>“Tem sido horrível, acho que me sinto usada e estúpida”</i> (E19)	1
		<i>“Este processo é muito penoso. O ter de vir aqui, estar na sala de espera, a ecografia, os três dias de reflexão (...) meus Deus que longo percurso”</i> (E20)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>13</b>
	Processo Complicado	<i>“Muito complicado”</i> (E2, E14)	4
	Culpada	<i>“Culpada”</i> (E4, E7, E9, E12, E17)	7
		<i>“Com a culpa a pairar por cima da cabeça como se fosse uma espada, sempre constante”</i> (E5, E6, E9, E12, E14)	5
		<i>“Não me orgulho da minha decisão”</i> (E2)	1
		<i>“Eu vi a eco, e aquilo que poderia ter sido o meu primeiro filho, acho que ninguém esquece isso”</i> (E2)	1
		<i>“Nós seremos os nossos maiores castigadores”</i> (E2)	1
		<i>“Mesmo assim sinto-me mal”</i> (E8)	1
		<i>“Uma criança é sempre uma criança e é sempre bem-vinda. E quando se é mãe e se faz uma coisa destas, pensa-se sempre como seria o que aí viria [vai referindo entre lágrimas]. Eu fui mãe aos 19 anos e muitos familiares disseram-me que seria muito cedo, mas até hoje não me arrependo um único dia porque o Lxxxxx é o Lxxxxx mesmo sendo muito ativo”</i> (E18)	1
		<i>“Se não fossem todas estas conjunturas nunca faria isto”</i> (E22)	1
		<i>“Sinto-me péssima, mal”</i> (E24)	1
		<i>“fui irresponsável com a minha atitude”</i> (E24)	1
		<i>“e sei que eu própria me condeno”</i> (E24)	1

(cont.)

SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADE DE REGISTO	UE
Sentimentos na Decisão de Realizar a IVG (cont.)		“Da primeira vez acho que fiquei bem, mas era mais nova e nem pensei bem, só queria que tudo passa-se e voltar a viver a minha vida” (E24)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>22</b>
	Sufrimento	“Este sofrimento é enorme [mais lágrimas]” (E9)	1
	Revolta	“Sinto-me revoltada, comigo mesma” (E12)	1
	Recriminação	“Mas para nós é sempre recriminatório, porque para nós é sempre recriminatório” (E13)	1
		“Nós somos as primeiras a recriminarmo-nos” (E13)	1
		“Sinto-me irresponsável parece que não sei tomar conta de mim [longa pausa], se isto fosse a primeira vez poderia [nova pausa], mas já não é” (E17)	1
		“Por vezes somos nós próprios que nos julgamos” (E22)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>4</b>
	Envergonhada	“Tenho-me sentido envergonhada” (E8, E9, E12, E17, E21)	5
		“Não sou nenhuma miúda e deveria ter tido mais cuidado” (E8)	1
		“Com vergonha” (E24)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>7</b>
	Angustiada	“Angustiada com tudo isto” (E2, E21, E24)	3
		“Estes dias têm sido vividos com uma tormenta tremenda” (E5)	1
		“Não consigo dormir acordo com pesadelos” (E5)	1
		“Tudo isto se torna quase insuportável de tolerar quando existe a vontade de ter outra criança” (E7)	1
		“Sinto-me péssima” (E17)	1
		“e grande angustia por isto tudo...” (E20)	1
		“Chateada com a situação” (E21)	1
		“e no meu trabalho tenho uma colega grávida e feliz com a sua gravidez. Por isso sinto-me magoada” (E22)	1
		“Como se tivesse um aperto no peito, sabe” (E22)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>11</b>
	Tristeza	“triste” (E2, E6, E11, E12, E14, E17, E21, E24)	9
		“A tristeza” (E6, E7, E20)	3
		“Tem sido muito duro” (E15)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>13</b>
	Devastada	“Emocionalmente o processo é devastador” (E2)	1
		“À medida que o tempo passa, sinto-me pior” (E3)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>2</b>
	Arrasada	“Arrasada” (E6)	1
		“Sinto-me um lixo humano, principalmente pela forma como fui tratada por ele [ex-namorado], alguém que já conhecia há tanto” (E6)	1
		“Sinto um pesar profundo que nunca irá passar” (E9)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>3</b>
	Desanimo	“e desanimo” (E7)	1

(cont.)

SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADE DE REGISTO	UE
Sentimentos com a Decisão Tomada	Angustia Ansiedade	“Não sei se irei conseguir algum dia esquecer toda esta situação” (E2, E12)	2
		“Difícilmente me poderei esquecer do que se passou aqui hoje quando tomei o comprimido. Essa marca vai ficar sempre e quando olhar para o meu pequenino irei lembrar-me, mas quero continuar a viver, por ele, por mim e por nós” (E5)	1
		“Vai crescendo dentro de mim um sentimento que me preenche o peito como se o apertasse” (E3)	1
		“Mas não posso dizer que seja uma decisão que me deixe tranquila” (E4)	1
		“Quero que corra tudo bem” (E11)	1
		“A mim isto também me custa muito, até me custa mais porque é o meu corpo” (E20)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>7</b>
	Tristeza	“Acho que me irei sentir triste” (E12, E18, E21)	3
		“Não sei como vai ficar o meu relacionamento daqui para a frente. Se o meu marido não foi capaz de estar comigo neste momento tão delicado. Isto foi uma coisa a dois. Às vezes penso e se fosse um cancro como seria? [nova pausa], faria as malas e sairia de casa?” (E7)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>4</b>
	Evitamento	“Não se pode pensar muito nisto quando isto passar logo se vê” (E15)	2
	Culpa	“Acho que me irei sentir culpada sempre” (E5, E9, E14, E18)	4
		“A culpa é uma coisa que me acompanha e que me irá acompanhar” (E7, E11, E12)	3
		“Esquecer é impossível” (E13, E17)	2
		“Tenho-me sentido mal, não era o que eu queria fazer” (E5)	1
		“Quero ter outra oportunidade. Mais cedo ou mais tarde vai haver alguma coisa que nos vai fazer lembrar” (E15)	1
		“Muito mais difícil” (E17)	1
		“Achava que isto não me voltaria a acontecer, mas agora é diferente. Passaram-se três anos, não estou a dizer com isto que sou velha, porque não sou, mas vejo as coisas de outra maneira e tenho de pensar de outra maneira. Irei pensar muito nisto” (E24)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>13</b>
	Castigo Divino	“Só espero que Deus me perdoe pelos meus atos e que compreenda os meus motivos” (E7, E9)	3
		“E o castigo divino, serão uma constante nas nossas vidas, eu sei” (E9)	2
		“Nós sabemos que iremos ser julgados pelo Divino, disso não temos dúvida [choro]” (E9)	1
		“Só espero que Deus não me castigue pelo que fiz. Não posso dizer que seja religiosa, mas acredito em qualquer coisa” (E15)	1
		“Não sou muito crente, mas sei que as minhas escolhas não foram as melhores, mas quero ter outra oportunidade” (E15)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>8</b>
	Vergonha	“vergonha, é o que sinto” (E12, E19)	2
		“Quando fiz o teste já sabia que estava grávida, já me conheço. Envergonhada [disse-o entre dentes] ...” (E16)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>3</b>
	Retomar a sua Vida	“espero retomar a minha vida o mais depressa possível” (E1, E2, E3, E4, E6, E8, E9, E10, E13, E20, E21)	13
		“Não sei, nunca passei por uma situação destas, nem sei bem o que pensar. Mas espero que não interfira na minha vida e na do meu marido” (E7, E22)	2
		“esquecer isto tudo” (E1)	1
		“Porque quero que esta situação termine” (E3)	1
		“Para nós mulheres isto é uma coisa que nunca esquece, mas acho que o tempo nos faz ajudar a passar. Não sei bem como será, é a primeira vez que estou a viver e a passar por isto” (E15)	1
		“retomar a minha vida e criar os meus filhos” (E16)	1
		“Não posso dizer que me sinto mal porque sei que é a única solução que há a tomar” (E23)	1
		“espero levar a minha vida em frente” (E24)	1
		“Espero que esta decisão se transforme num começo de uma nova e boa etapa de um ano que esta a começar torto” (E25)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>22</b>
	Bem Alívio	“mas após da decisão sinto-me aliviada” (E1, E3, E10, E20)	5
		“Sinto-me tranquila” (E11)	2
		“posso dizer-lhe que me sinto bem” (E1)	1
		“Mas não me sinto culpabilizada” (E14)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>9</b>
Total da Categoria			217



(cont.)

CATEGORIAS		Suporte Social Percebido – Obtido	
SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADE DE REGISTO	UE
Pessoa a quem Referiu que Estava Grávida	Marido Companheiro Progenitor	<i>“Embora esta decisão estivesse bem clara na minha cabeça quando soube que estava grávida contei ao meu marido. Aliás foi a 1ª pessoa a saber da gravidez”</i> (E1, E4, E7, E12)	5
		<i>“Ao meu marido. Quando lhe liguei ele percebeu pela minha voz que havia alguma coisa que não estava bem...”</i> (E8, E9, E10, E16, E22)	5
		<i>“O meu companheiro”</i> (E18, E20, E23)	3
		<i>“Contei ao meu namorado. Mas ele está em Santarém e eu estou aqui. Estamos juntos sempre que podemos, ele vem ter comigo, eu hoje vou ter com ele”</i> (E14)	1
		<i>“Quem me acompanhou desde o início tem sido o meu marido. Aliás fizemos o teste em conjunto”</i> (E21)	1
		<i>“Temos sido só nos os dois, este assunto é nosso e só a nós diz respeito por isso não contamos a mais ninguém”</i> (E25)	1
		<b>Subtotal</b>	<b>16</b>
	Marido Mãe	<i>“Quem me tem acompanhado tem sido a minha mãe e o meu marido”</i> (E5, E11, E17, E18)	<b>5</b>
	Ex-Namorado Melhor Amiga	<i>“Ao meu ex-namorado e à minha melhor amiga”</i> (E6)	<b>1</b>
	Mãe	<i>“a minha mãe”</i> (E24)	<b>1</b>
	Irmã e Mãe	<i>“A primeira pessoa foi a minha irmã que estava comigo e depois a minha mãe, aparentemente apoiaram-me, mas a vontade não era aquela”</i> (E15)	<b>1</b>
	Família Profissionais de Saúde	<i>“foram as minhas irmãs e depois a médica”</i> (E13)	<b>1</b>
	Profissionais de Saúde	<i>“não contei a ninguém a não ser aos médicos e enfermeiros e esses fazem o seu trabalho”</i> (E21, E23, E25)	<b>4</b>

(cont)

**CATEGORIAS**

**Suporte Social Percebido – Obtido (continuação)**

SUBCATEGORIAS	INDICADORES	UNIDADE DE REGISTO	UE
Fontes de Apoio à Tomada de Decisão	Marido Mãe Médico de Família	“Falei com o meu companheiro, com a minha mãe e a minha médica de família” (E11)	1
	Instituições de Saúde Enfermeiros	“Só contei convosco [referindo-se aos enfermeiros e médicos do centro de saúde e do hospital], que realmente têm sido uma excelente ajuda” (E12, E13, E14, E19, E22)	5
		“Poderei referir que me senti muito apoiada por parte das Instituições de Saúde, nomeadamente pelo meu médico de família que me recebeu varias vezes, mesmo sem consulta marcada” (E12, E13, E15, E16)	4
		Subtotal	9
		Marido Companheiro Progenitor	“Quem me tem acompanhado sempre, é o meu marido” (E4, E9, E16, E18, E21, E22)
	“mas acabou por aceitar (o marido) e apoiar a minha decisão (inspiração profunda)” (E1, E3, E10, E20)		6
	“Eu e o meu companheiro” (E23)		3
	“O meu namorado é estudante de enfermagem e deu-me apoio na decisão que tomei...” (E14)		2
	“Embora, inicialmente quisesse guardar tudo para mim acabei por partilhar com ele [companheiro] e ainda bem que o fiz porque depois disso senti-me aliviada e apoiada” (E20)		1
	Subtotal		19
	Família		“Embora toda a família me apoiasse” (E3, E15)
	Mãe	“Com a minha mãe foi diferente, inicialmente senti que me recriminou por ter engravidado, mas apoiou-me na decisão” (E8, E18, E24)	3
		“A minha mãe. Acho que as nossas mães são sempre o nosso porto de abrigo” (E24)	1
		Subtotal	4
	Sogra	“A minha sogra também me apoiou embora tivesse gostado que mantivesse a gravidez” (E3)	1
	Marido Mãe	“A minha mãe e o meu marido, mesmo à distancia. Eles deram-me apoio” (E8, E17)	2
	Irmã/às	“Às minhas irmãs” (E13)	2
		“Tem sido a minha irmã. O meu marido não tem coragem para estar comigo e vivenciar isto. Ele é uma pessoa sem capacidade de enfrentamento” (E7)	1
		Subtotal	3
	Melhor amiga	“A minha melhor amiga, que tem sido um ombro amigo nesta fase tão difícil. É com ela que vou ficar nestes dias e quando colocar os comprimidos [misoprostol ®]” (E6, E18)	2
	Falta de Apoio Por Parte do SNS	“Poderia ser um processo mais apressado, o sistema de saúde não é o melhor é moroso” (E3, E12, E21)	4
		“Sabe, embora a lei exista, por vezes não passa de um conjunto de procedimentos técnicos que têm de ser executados” (E9)	1
		“só o sistema que é muito burocrático, pois todos me têm tratado com respeito” (E21)	1
		Subtotal	6
	Ninguém Sem Apoio	“Ninguém, estou sozinha a viver as minhas escolhas e os meus erros” (E7, E14, E15, E17, E19)	12
		“Tomei esta decisão por mim” (E4, E10, E13)	3
		Subtotal	15
		“Ele não o concorda, até disse para falar com os meus pais, mas eu não quis” (E4)	2
		“Tenho medo, por estar num país distante (participante é natural do Brasil-São Paulo), longe de todo mundo e não poder contar com o meu ex-namorado” E19	1
		“Porque gostava que me dessem algum conforto, mas nada” (E4)	1
		“Que compreendessem as minhas razões” (E4)	1
		“Quando falei com o meu marido ele disse logo que nem pensar. Para os homens acho que é tudo muito mais fácil...” (E5)	1
		“Não fui capaz nem de dizer à minha mãe” (E12)	1
		“O meu marido não sabe, o que torna esta situação mais difícil ... estou a viver esta situação de certa forma sozinha” (E13)	1
		“Nada substitui o que ele já me disse, por isso estou sozinha [A medida que verbalizava estas palavras ia limpando as lagrimas com um lenço de papel que lhe tinha sido oferecido]” (E15)	1
		Subtotal	9
Total da Categoria			101